

Patrícia Ilha

**A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA ÓTICA  
DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM**

Dissertação submetida ao Programa  
de Pós-Graduação em Enfermagem  
da Universidade Federal de Santa  
Catarina para a obtenção do Grau de  
Mestre em Enfermagem  
Orientador: Prof. Dr. Vera Radünz

Florianópolis  
2014

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca  
Universitária da UFSC.

Ilha, Patricia

A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA ÓTICA DOS  
ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM / Patricia Ilha ; orientador, Vera  
Radünz - Florianópolis, SC, 2014.

136 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa  
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-  
Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Segurança do Paciente. 3. Enfermagem.  
4. Educação em Enfermagem. 5. Cultura. I. Radünz, Vera. II.  
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-  
Graduação em Enfermagem. III. Título.

**PATRÍCIA ILHA**

**A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA ÓTICA  
DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM**

Esta DISSERTAÇÃO foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

**MESTRE EM ENFERMAGEM**

e aprovada em 26 DE NOVEMBRO DE 2014, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem.**

---

Dra. Vânia Marli Schubert Backes  
Coordenadora do Programa

**Banca Examinadora:**

---

Dra. Vera Radünz  
Presidente

---

Dra. Maria de Lourdes de Souza  
Membro (titular)

---

Dra. Lucia Nazareth Amante  
Membro (titular)

---

Dra. Francis Solange Vieira Tourino  
Membro (titular)

Este trabalho é dedicado aos meus amados pais e meu querido irmão. E a todos os meus amigos e colegas que fizeram parte dessa jornada.



## AGRADECIMENTOS

“Gostaria de agradecer primeiramente a **Deus**, por sempre guiar meu coração e meus caminhos, me protegendo e me mostrando em cada simples gesto, a razão de eu estar aqui.

Aos meus amados **pais e irmão**, por me ensinarem a ser como sou, me ensinarem que a vida é muito mais e vai muito além do que podemos ver, por me darem oportunidades de chegar aonde cheguei, por estarem ao meu lado, aconteça o que acontecer, e por simplesmente fazerem o possível e o impossível para me verem feliz. Obrigada por me amarem tanto. Obrigada por abdicarem de muitas coisas para que eu pudesse chegar até aqui; vocês são as pessoas mais dignas e honradas que conheço!

Um agradecimento especial à minha mãe **Roseneiva** e ao meu irmão **Eduardo**, pela participação direta em minha pesquisa, realizando a transcrição dos dados da pesquisa.

Minha mãe merece outro agradecimento especial por ter sido o principal motivo de eu estar na Enfermagem: seu exemplo de profissional e de amor à profissão, de esforço, dedicação, inteligência e experiência não me deixou dúvida em seguir o seu caminho. Eu a amo muito!

À memória de meu padrinho **Hildo Paulo Eich**, pois sei que sempre estive ao meu lado, todos os dias, como meu anjo da guarda, e está feliz por esta conquista, pois nunca esperou menos de mim! Isso também é por você e para você.

À **minha família**, por ser tão maravilhosa, estar sempre ao meu lado nesta jornada, incentivando-me e me apoiando com seu amor e com momentos maravilhosos. Em especial à minha madrinha **Eloirda**, ao meu tio **Clemente**, á minha prima, amiga e exemplo de pessoa e Enfermeira, **Adriana**. Aos meus primos de coração **Bruno** e **Renan**, e tios de coração **Márcia** e **Everaldo**. E todos os demais (de São Miguel, Dionísio, Gramado dos Loureiros e do Brasil afora), não menos importantes no meu coração.

Aos meus maravilhosos **amigos** – não tenho palavras para descrevê-los – aos que passaram, passam e estão na minha vida, pelos momentos de riso, de choro, de apreensão e pela imensa felicidade vida em conjunto, que todos os dias me ajudam a construir novos caminhos. Em especial **Cintia Mara da Silva**, minha melhor amiga de todos os momentos, de madrugadas de trabalhos e comilanças, obrigada por estar sempre ao meu lado, por todos os conselhos e por dividir sua família comigo. E ao **Bruno P. Dal Paz**, mais que amigo,

um anjo, alguém iluminado que entrou em minha vida, sem o qual não teria realizado esta pesquisa, que além do apoio emocional, de estar ao meu lado no dia a dia, me auxiliou na coleta de dados, acompanhou-me em cada etapa da construção deste trabalho, e também na construção da profissional que me tornei; ser-lhe-ei eternamente devedora de todo carinho, amizade e lealdade que me dedicou. Conte sempre comigo!

Aos meus queridos colegas e amigos do **Núcleo Multiprojetos de Tecnologia – UFSC** que participaram de momentos muito importantes desta minha trajetória, me apoiaram, incentivaram e proporcionaram meu crescimento profissional e pessoal. Em especial às minhas guias e conselheiras **Raíssa e Priscila**. Para minhas companheiras do dia a dia, **Tali, Paty, Tati e Thais**. E meus demais colegas que me apoiaram tanto neste momento.

Aos **meus mestres** e a esta grandiosa **Universidade**, pelo ensino de qualidade, pelas oportunidades que me ofereceram, pelo apoio, disponibilidade e incentivo. Em especial às Professoras Denise Guerreiro, Marta Lenise do Prado, Mara Vargas, Francine Gelbcke, LuciaraFabiane Sebold, José Luis G. dos Santos, Leandro Mattos e Julia Böell “**os fundamentais**”, pelo acolhimento na minha primeira e maravilhosa experiência na docência. E às demais **professoras do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**, por me mostrarem o lado importante, competente, humano, sensível, missionário do profissional enfermeiro, cuja conduta laboral faz a diferença em nossa sociedade.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico- **CNPq**, pelo apoio financeiro para que eu pudesse dedicar-me apenas aos estudos e ao meu desenvolvimento acadêmico.

Ao grupo de pesquisa **Cuidando & Confortando** e meus queridos colegas, em especial à M.Sc. Enf<sup>a</sup> Monique M. Marinho , Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Luciara Fabiane Sebold, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Luciana da Rosa Martins, por compartilhar experiências, pelos trabalhos realizados, por acreditarem em mim, pelos conselhos, pela amizade e pela família que formamos. Mãos à obra sempre, vamos publicar!

Aos **membros da banca** de qualificação e avaliação deste trabalho, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Sayonara de Fátima F. Barbosa, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Grace T. M. Dal Sasso, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Francis Tourinho, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria de Lourdes de Souza e Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Lucia Amante, que muito contribuíram para sua construção, melhoria e finalização. Obrigada por disponibilizarem seu tempo, conhecimento e dedicação para orientar-me.

Aos **alunos de graduação** em Enfermagem desta Universidade, que aceitaram participar da minha pesquisa, dispondo-se a colaborar com seu tempo para construir um novo conhecimento, sem os quais não seria possível.

E aos demais **professores e funcionários** técnico-administrativos que colaboraram para esse desenvolvimento, em especial: Rafaela, Arinka, Thiago e Paola, funcionários da secretaria, sempre atenciosos, eficientes, carinhosos e dispostos a ajudar. Desculpem-me pelos incômodos. Obrigada por tudo!

Por fim, e sim, tão importante, agradecer a ela, minha mestra orientadora, amiga, mãe por muitas vezes, pessoa excepcional, humana, profissional, inteligente, cuidadosa e cuidadora, que se dispôs a compartilhar mais que seu conhecimento, mas sua vida e seu profissionalismo. Ela acreditou em mim, apostou em minhas ideias e aceitou o desafio de me transformar em alguém melhor.

**Minha querida orientadora Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Vera Radünz:** não tenho palavras para agradecer tudo que a senhora fez por mim, pela pessoa melhor que me tornou, pela paciência, pelo carinho, atenção e conhecimentos que compartilhou comigo. Dediquei-me o máximo para que a senhora se orgulhasse e para retribuir tudo que me proporcionou. Se tenho um exemplo da profissional que pretendo ser, ética, responsável, sábia, humana, dedicada, esse exemplo é a senhora. Obrigada por tudo, estarei sempre disponível para o que a senhora precisar, pois não tenho outra forma de retribuir o que fez por mim, senão a gratidão eterna!





*“O universo do cuidar é muito mais abrangente que o de curar. Podemos não curar sempre, mas sempre podemos cuidar e diminuir o sofrimento”..*

(Camargo e Lopes)



## RESUMO

Objetivou-se identificar as dimensões presentes na cultura de segurança do paciente e a ótica dos acadêmicos em enfermagem a respeito da segurança do paciente a partir de seu contato com a prática. Estudo de abordagem quantitativa, prospectiva e analítica, para o qual se optou pelo método do tipo *survey*, e qualitativa, exploratória e descritiva. Foi desenvolvido no ambiente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. A amostra foi 103 alunos matriculados no semestre de 2014/1, nas disciplinas centrais de quarta a oitava fase, sendo excluídos os alunos que se ausentaram ou trancaram matrícula por tempo superior a um mês; que por algum motivo, realizaram as atividades de forma não presencial durante o semestre; que estiveram durante o curso ou estão em atividade de intercâmbio. Cumprindo o que determina a Resolução nº 466/2012, este trabalho foi aprovado pelo CAAE: 24625513.9.0000.0121 do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Para a coleta de dados foi aplicado um questionário composto por duas partes: uma de questões objetivas, adaptadas do instrumento “*Safety Attitudes Questionnaire – Short Form 2006*”, para tal foi realizado um processo de construção teórica; produção do instrumento para aplicação acadêmica; ajuste de linguagem, para posterior validação com a aplicação do instrumento com os acadêmicos.; e outra composta por quatro questões abertas, as quais permitiam ao aluno expressar sua compreensão sobre a segurança do paciente. Os dados foram coletados em duas etapas: a primeira num período cedido pelos professores durante a aula; e a segunda foi a busca ativa dos acadêmicos que não estavam presentes no momento da primeira coleta. Para análise dos dados quantitativos foi utilizado o programa estatístico Stata 9; as variáveis contínuas foram descritas pela frequência absoluta e relativa, e a associação entre as variáveis categóricas foi testada por meio dos testes: qui-quadrado de Pearson, t de Student e Anova. Para organizar e analisar os dados qualitativos foi utilizado o programa *NVivo 10 for Windows®*; e como metodologia foi adotada a Análise de Conteúdo de Bardin. Obtiveram-se os seguintes resultados: o perfil descrito foi de mulheres (90%), entre 19 e 25 anos (80%), que não fazem estágio extracurricular (61%), sem outra profissão (69%) e cursando seu primeiro curso superior (83%). Maioria dos acadêmicos (54,3%) obteve um escore positivo ( $\geq 75$  pontos). A dimensão que apresentou menor média foi “Percepções da coordenação e docência”, enquanto a

maior média foi “Percepção do Estresse”. E as principais categorias abordadas a respeito de ações para com a segurança do paciente foram: cuidados com medicações e a integridade do paciente. Já a forma como as colocam em prática foi verificada pelo comportamento individual e coletivo e o cuidado com o paciente. Sobre o que os faz refletir sobre a temática foram os erros de outros profissionais e a empatia para o paciente. Conclui-se que para desenvolver qualquer ação ou estratégia para a segurança do paciente é imprescindível compreender o entendimento que se tem do que é e quais são os fatores que permeiam essa temática no ambiente a ser trabalhado. São necessárias novas estratégias de ensino para desenvolver e avaliar a cultura de segurança do paciente a fim de potencializar a formação profissional dos enfermeiros e qualificar os cuidados prestados.

**Palavras-chave:** Segurança do Paciente. Enfermagem. Educação em Enfermagem. Cultura.

## ABSTRACT

This study aimed to identify the dimensions in the patient safety culture and the perspective of academic nursing about patient safety from their contact with the practice. Quantitative study, prospective and analytical approach, for which it was decided by the type survey method, and qualitative, exploratory and descriptive. Was developed in the undergraduate course the environment in Nursing at the Federal University of Santa Catarina. The sample was 103 students enrolled in the first half of 2014/1, the central disciplines Wednesday the eighth stage and were excluded students who were absent or locked registration for longer than one month; that for some reason, led the activities of non-face basis during the semester; they were during the course of or in exchange activity. Delivering what determines Resolution No. 466/2012, this study was approved by CAAE: 24625513.9.0000.0121 the Ethics Committee in Research with Human Beings. For data collection was a questionnaire composed of two parts: an objective questions, adapted from the instrument "Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006," for this was carried out a theoretical construction process; production tool for academic application; language setting for subsequent validation with the application of the instrument with the academic .; and another made up of four open questions, which offered the students express their understanding of patient safety. Data were collected in two stages: first a period given by teachers in class; and the second was an active search of students who were not present for the first collection. For the quantitative analysis was used Stata 9; continuous variables were described by absolute and relative frequency, and the association between categorical variables was tested by means of tests: chi-square Pearson, Student t test and ANOVA. To organize and analyze the qualitative data was used NVivo program for Windows® 10; and as a methodology was adopted Bardin's Content Analysis. The following results were obtained: the profile was characterized by women (90%), between 19 and 25 years (80%), who do extracurricular stage (61%), no other profession (69%) and attending their first course higher (83%). Most students (54.3%) had a positive score ( $\geq 75$  points). The size of lowest average was "coordination and teaching Perceptions", while the highest average was "Perception of Stress". And the main categories addressed regarding actions toward patient safety were: care medications and the integrity of the patient. Already how put into practice was checked by the individual and collective behavior and the

patient care. About what makes them reflect on the theme were the mistakes of other professionals and empathy for the patient. We conclude that to develop any action or strategy for patient safety is essential to understand the understanding that one has of what is and what are the factors involved in this theme in the environment to be worked. We need new teaching strategies to develop and evaluate patient safety culture in order to enhance the professional training of nurses and qualify the care provided.

**Keywords:** Patient Safety; nursing; Education, Nursing; Culture.

## RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo identificar las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente y la perspectiva de la enfermería académica sobre la seguridad del paciente a partir de su contacto con la práctica. Estudio cuantitativo, enfoque prospectivo y analítico, por la que se decidió por el método de la encuesta tipo, y cualitativo, exploratorio y descriptivo. Fue desarrollado en el curso de pregrado el entorno en Enfermería de la Universidad Federal de Santa Catarina. La muestra fue de 103 estudiantes matriculados en el primer semestre de 2014/1, las disciplinas centrales Miércoles de la octava etapa y se excluyeron los estudiantes que estuvieron ausentes o bloqueados de registro para más de un mes; que por alguna razón, liderado las actividades de carácter no presencial durante el semestre; lo fueron durante el ejercicio o actividad de intercambio. La entrega de lo que determina la Resolución N ° 466/2012, este estudio fue aprobado por CAAE: 24625513.9.0000.0121 el Comité de Ética en Investigación con Seres Humanos. Para la recolección de datos fue un cuestionario compuesto de dos partes: una preguntas objetivas, adaptadas del instrumento "Seguridad Cuestionario de Actitudes - Short Form 2006", para este se llevó a cabo un proceso de construcción teórica; herramienta de producción para la aplicación académica; configuración de idioma para la validación posterior con la aplicación del instrumento con el académico.; y otro compuesto por cuatro preguntas abiertas, que ofrecían a los estudiantes expresan su comprensión de la seguridad del paciente. Los datos fueron recogidos en dos etapas: primero un período determinado por los profesores en clase; y la segunda fue una búsqueda activa de los estudiantes que no estaban presentes en la primera colección. Para el análisis cuantitativo se utilizó Stata 9; las variables continuas se describen mediante frecuencia absoluta y relativa, y la asociación entre las variables categóricas se puso a prueba por medio de pruebas: chi-cuadrado de Pearson, prueba de la t de Student y ANOVA. Para organizar y analizar los datos cualitativos se utilizó el programa NVivo para Windows® 10; y como metodología fue adoptada Análisis de Contenido de Bardin. Se obtuvieron los siguientes resultados: el perfil se caracteriza por las mujeres (90%), entre 19 y 25 años (80%), que hacen etapa extracurricular (61%), ninguna otra profesión (69%) y asistir a su primer curso más alta (83%). La mayoría de los estudiantes (54,3%) tuvieron una puntuación positiva ( $\geq 75$  puntos). El tamaño de la media más baja fue de "coordinación y docencia Percepciones",



mientras que el promedio más alto fue "Percepción de estrés". Y las principales categorías dirigió con respecto a las acciones hacia la seguridad del paciente fueron: medicamentos de atención y la integridad del paciente. Ya cómo poner en práctica fue verificada por el comportamiento individual y colectivo y la atención al paciente. Acerca de lo que les hace reflexionar sobre el tema eran los errores de otros profesionales y la empatía para el paciente. Llegamos a la conclusión que para desarrollar cualquier acción o estrategia para la seguridad del paciente es esencial para entender el conocimiento que se tiene de lo que es y cuáles son los factores que intervienen en este tema en el ambiente para ser trabajados. Necesitamos nuevas estrategias de enseñanza para desarrollar y evaluar la cultura de seguridad del paciente con el fin de mejorar la formación profesional de las enfermeras y calificar la atención recibida.

Palabras clave: Seguridad del Paciente. Enfermería. Educación en Enfermería. Cultura.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Modelo do Queijo Suiço de Reason (2000).....	30
<b>Figura 2.</b> Diagrama do referencial teórico associado à cultura de segurança do paciente por De Gasperi (2013) .....	38



## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> Perfil dos sujeitos. Florianópolis – 2014.....	60
<b>Tabela 2.</b> Escores dos sujeitos em geral. Florianópolis- 2014..	61
<b>Tabela 3.</b> Escores dos sujeitos por dimensão e fase. Florianópolis – 2014 .....	61
<b>Tabela 4.</b> Escores dos sujeitos de acordo com variáveis levantadas. Florianópolis – 2014.....	62
<b>Tabela 5.</b> Categorização dos dados qualitativos relativos à questão 1 (O que você considera ações de segurança para com o paciente?) .....	77
<b>Tabela 6.</b> Categorização dos dados qualitativos relativos à questão 2 (Como você coloca em prática as ações de segurança do paciente no seu dia a dia, no laboratório, nos locais de estágio curricular e/ ou extracurricular?).....	79
<b>Tabela 7.</b> Categorização dos dados qualitativos relativos à questão 3 (O que faz você refletir sobre a segurança do paciente no cotidiano de suas vivências?).....	80
<b>Tabela 8.</b> Análise descritiva dos dados relativos à questão 4 (Eu gostaria de receber treinamentos /orientações adicionais em:).....	81



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AMIB - Associação de Medicina Intensiva Brasileira  
ANOVA - Análise de variância  
ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária  
C&C - Grupo de pesquisa Cuidando e Confortando  
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa  
CNS - Conselho Nacional de Saúde  
COSEP - Comitê de Segurança do Paciente  
EUA - Estados Unidos da América  
FMAQ - Flight Attitudes Management Questionnaire  
GIATE - Grupo de Pesquisa Clínica, Tecnologias e Informática em Saúde e Enfermagem  
GUTIS - Guia da UTI Segura  
IOM - Institute of Medicine  
HMPS - The Harvard Medical Practice Study  
HSC - Health and Safety Commission  
HSE - Health and Safety Executive  
ICPS - International Classification for Patient Safety  
ICUMAQ - Intensive Care Unit Management Attitudes Questionnaire  
IHI - Institute for Healthcare Improvement  
JCAHO - Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations  
JCR - Joint Commission Resources  
MIFS - The Medical Insurance Feasibility Study  
OMS - Organização Mundial de Saúde  
OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde  
PEN - Programa de Pós-graduação em Enfermagem  
QL - Qualitativa  
QT - Quantitativa  
REBRAENSP - Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente  
SAQ - Safety Attitudes Questionnaire  
SEPAESC - Pólo de Segurança do Paciente de Santa Catarina  
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina  
WHO - World Health Organization



## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>25</b>
1.1 OBJETIVOS .....	31
<b>2 REVISÃO DA LITERATURA .....</b>	<b>33</b>
2.1 CONCEITOS EM SEGURANÇA DO PACIENTE .....	33
2.2 HISTÓRIA DA SEGURANÇA DO PACIENTE .....	34
2.3 ENFERMAGEM E A SEGURANÇA DO PACIENTE .....	37
2.4 CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE .....	39
2.5 CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM .....	42
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>47</b>
<b>4 METODOLOGIA .....</b>	<b>49</b>
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	49
4.2 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DO ESTUDO .....	49
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	50
<b>4.3.1 Critérios de Inclusão .....</b>	<b>51</b>
<b>4.3.2 Critérios de Exclusão .....</b>	<b>51</b>
4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS .....	51
<b>4.4.1 Definição das Variáveis.....</b>	<b>53</b>
4.5 COLETA DE DADOS.....	58
<b>4.5.1 Anterior à Coleta de Dados .....</b>	<b>58</b>
<b>4.5.2 Coleta de Dados.....</b>	<b>58</b>
<b>4.5.1 Organização dos Dados.....</b>	<b>59</b>
4.6 ANÁLISE DOS DADOS .....	59
<b>4.6.1 Abordagem Quantitativa.....</b>	<b>59</b>
<b>4.6.2 Abordagem Qualitativa .....</b>	<b>60</b>
4.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	60
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÕES .....</b>	<b>63</b>
5.1 ARTIGO 1 - A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE E OS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM .....	65
5.2 ARTIGO 2 - A SEGURANÇA DO PACIENTE NA PERCEPÇÃO DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM .....	83
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>101</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>103</b>
<b>APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DOS DADOS .....</b>	<b>113</b>
<b>APÊNDICE B – INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DO QUESTIONÁRIO /ADAPTAÇÃO DE LINGUAGEM.....</b>	<b>117</b>
<b>APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO / TCLE .....</b>	<b>119</b>
<b>ANEXO A – QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA: PERSPECTIVA DA EQUIPE SOBRE ESTA ÁREA DE CUIDADO (CARVALHO, 2011).....</b>	<b>123</b>



<b>ANEXO B- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS.....</b>	<b>125</b>
<b>ANEXO C- INSTRUÇÃO NORMATIVA 10/PEN/2011 – ALTERA OS CRITÉRIOS PARA ELABORAÇÃO E O FORMATO DE APRESENTAÇÃO DOS TRABALHOS DE CONCLUSÃO DOS CURSOS DE MESTRADO E DOUTORADO EM ENFERMAGEM.....</b>	<b>129</b>
<b>ANEXO D- INSTRUÇÕES PARA AUTORES / REVISTA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP .....</b>	<b>133</b>
<b>ANEXO E – INSTRUÇÕES PARA OS AUTORES / REVISTA TEXTO&amp;CONTEXTO .....</b>	<b>139</b>



## INTRODUÇÃO

Um dos princípios fundamentais para realizar um cuidado qualificado e para uma gestão eficiente é a segurança do paciente. Com o desenvolvimento tecnológico na área da saúde e a consequente criação de novas técnicas, procedimentos e processos houve um incentivo para a aquisição de condições de conhecimento e propostas de intervenções propiciando um cuidado de qualidade. Por outro lado, essas novas tecnologias podem contribuir para a ocorrência de novos riscos (WHO, 2005; LEAPE, 2009). Como profissionais da saúde, temos o compromisso de seguir essa evolução e instrumentalizar-nos para agir de forma ativa no estabelecimento de processos para qualificar tal segurança.

A segurança do paciente objetiva prevenir os possíveis danos causados durante a realização de cuidados de saúde, susceptíveis que são a uma cadeia de erros que podem prejudicar a qualidade do serviço prestado e os sujeitos envolvidos nesses processos (IOM, 2004).

Se retomarmos os aspectos históricos da segurança do paciente, veremos registros desde o ano 300 a.C. com o pai da medicina, Hipócrates, que norteava os preceitos da medicina com o aforisma “*primum non nocere*”, ou seja, em primeiro lugar não causar dano (ZAMBON, 2009). Na enfermagem, a preocupação com a segurança do paciente também teve início em suas atuações mais fundamentais com Florence Nightingale em 1859, pois ela pregava que o primeiro dever de um hospital era não causar mal ao paciente (NIGHTINGALE, 1863).

Mas foi nos últimos 30 anos que a atenção à segurança do paciente ganhou ênfase com diversos estudos realizados principalmente nos Estados Unidos da América (EUA), os quais buscavam identificar erros e eventos adversos nos processos de saúde, obtendo resultados que levaram a uma reflexão mundial. Entre eles, podemos citar “O estudo de viabilidade do seguro médico” (*The Medical Insurance Feasibility Study* - MIFS), desenvolvido pela Associação Médica da Califórnia (*California Medical Association*) e Associação Hospitalar da Califórnia (*California Hospital Association*) em 1974; o “Estudo da Prática Médica de Harvard” (*The Harvard Medical Practice Study* – HMPS). Esses estudos impulsionaram uma preocupação universal que provocou outros estudos por todo o mundo, abordando essa temática, que culminaram com a descoberta de iguais problemas e que esses erros poderiam ser evitados (ZAMBON, 2009).

Outro marco da impulsão do tema segurança do paciente foi em 2000, com a publicação do livro intitulado “*To Err is Human: Building*

a *Safer Health System*” (*Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro*), através do *Institute of Medicine (IOM)*. Numa abordagem ainda mais precisa que outros estudos, esse demonstrou o número de erros cometidos e que poderiam ser evitados, mas que resultaram em milhares de mortes e sequelas nos pacientes americanos, além dos custos diretos e indiretos que apresentavam. Esse fato teve impacto, gerando uma mobilização não apenas dos EUA, mas de todo o mundo, que passou a desenvolver novas estratégias visando à segurança do paciente (ZAMBON, 2009; IOM, 2001).

Dentro desse contexto, em 1951 foram criados institutos para regularizar e estimular as boas práticas em saúde, entre os quais podemos citar o *National Quality Forum* e a *National Patient Safety Foundation*, que culminaram com a iniciativa de formar a *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)*, com a finalidade de acreditar qualidade e segurança hospitalar no mundo. Nesse programa de acreditação se firmou a necessidade de programas de gerenciamento de riscos para melhorar a segurança do paciente e a análise de causa para eventos por parte das instituições, além do incentivo à divulgação desses dados. Em 1991 surgiu o *Institute of Healthcare Improvement (IHI)* – organização independente sem fins lucrativos que baseia suas ações e iniciativas na possibilidade de melhorar a assistência em saúde no mundo. (ZAMBON, 2009; IOM, 2001).

Dentro dessa iniciativa de criar programas de gerenciamento de risco no Brasil, em novembro de 2013 foi publicada a Resolução Anvisa/DC nº 53, com o objetivo de exigir das instituições e serviços de saúde no prazo de 180 (cento e oitenta) dias para estruturar os Núcleos de Segurança do Paciente e elaborar o Plano de Segurança do Paciente e o prazo de 210 (duzentos e dez) dias para iniciar um plano de notificação mensal dos eventos adversos ocorridos na instituição, a partir da data de publicação (14 de novembro de 2013). Ou seja, toda instituição e serviço de saúde é obrigada, por lei, a notificar qualquer erro ou evento adverso ocorrido. Para tal, levou-se em consideração a atual situação do Brasil em questões de segurança do paciente.

No ano de 2009 foi divulgado um estudo de coorte retrospectivo que se baseou na revisão de registros dos pacientes em três hospitais de ensino no Estado do Rio de Janeiro, com objetivo de avaliar a incidência de eventos adversos em hospitais brasileiros. A amostra foi aleatória, identificando um total de 1.103 de 27.350 pacientes adultos, maiores de 18 anos, internados em 2003. Foram excluídos pacientes psiquiátricos e aqueles cuja permanência no hospital foi inferior a 24 horas. As

principais medidas de desfecho avaliadas foram: a incidência de pacientes com eventos adversos; a proporção de eventos adversos evitáveis; o número de eventos adversos por 100 pacientes; e a densidade de incidência de eventos adversos por 100 pacientes-dia. Este estudo obteve os seguintes resultados: a incidência de pacientes com eventos adversos foi de 7,6% (84 de 1103 pacientes); a proporção global de eventos adversos evitáveis foi de 66,7% (56 de 84 pacientes) e a densidade de incidência foi de 0,8 eventos adversos por 100 pacientes-dia (103 de 13.563 pacientes-dia). A enfermaria foi o local onde mais ocorreram eventos adversos (48,5%). E em relação à classificação, os eventos adversos cirúrgicos foram os mais frequentes (35,2%). Concluiu-se que a incidência de pacientes com eventos adversos nos três hospitais foi semelhante à encontrada em estudos internacionais. No entanto, a percentagem de eventos adversos evitáveis foi muito maior nos hospitais brasileiros (69,2%) do que em outros países, como: Nova Zelândia (61,6%), Inglaterra (52%), Austrália (50%), Espanha (42,8%), Dinamarca (40,4%), Canadá (37%) e França (27,6%) (MENDES; MARTINS; TRAVASSOS, 2009).

Se observarmos desde o início, passando pelos fatos históricos até a condição atual da segurança do paciente, poderemos dizer que muitos eventos geraram uma atmosfera de falta de confiança nos sistemas de cuidado. Mas os profissionais buscam melhorar cada vez mais a prestação deste cuidado e garantir maior segurança a população e a eles próprios. Para que isso ocorra, há a necessidade de mudanças na cultura do cuidado em saúde, principalmente quando falamos de erros, pois, em geral, o senso comum acaba remetendo ao pensamento de que ocorrência de erro está atrelada única e exclusivamente à competência profissional. Contudo, as diversas pesquisas mostram que as relações organizacionais têm peso para concretizar a segurança do paciente. Esses “erros” também não devem ser percebidos como o resultado da incompetência da ação humana individualmente, mas da somatória de diversos fatores que devem ser discutidos e vistos como oportunidades para melhorar o sistema, promovendo uma cultura de segurança (IOM, 2001; SOUZA, 2006).

Nesse sentido, cultura de segurança é definida como o suporte, as atitudes, as, práticas e a disposição dos membros da organização para detectar erros e aprender com eles (HSC, 1993). Quando bem constituída, a cultura de segurança do paciente entre os profissionais de saúde proporciona um ambiente profissional com espírito de coesão, elevado nível de comprometimento entre os diferentes profissionais, serviços e departamentos que constituem toda a rede de cuidado, o que

qualifica os serviços prestados em alto nível de segurança do paciente. Uma cultura de segurança exige a compreensão dos valores, crenças e normas sobre o que é importante numa organização e identificar quais atitudes e comportamentos relacionados à segurança do paciente são esperados e adequados (SOUZA, 2006; NIEVA; SORRA 2003).

O papel da enfermagem na segurança do paciente é muito claro. Podemos justificar isso tanto pelo contingente de profissionais quanto pelo tempo de permanência desses junto aos pacientes e número de cuidados prestados a eles, pois a equipe de enfermagem se encontra presente não apenas em maior número, mas durante maior tempo em contato com a assistência no ambiente de saúde (COFEN, 2007).

A atuação do profissional de enfermagem é orientada por preceitos éticos que o comprometem com a saúde do ser humano e da coletividade e com a promoção, proteção e recuperação da saúde e reabilitação dos pacientes, primando pela sua segurança, com uma assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência (COFEN, 2007).

Os preceitos da profissão preveem que, além de uma assistência técnica qualificada, a equipe de enfermagem deve promover a segurança do paciente com responsabilidade ética, respeitando acima de tudo o conceito da não maleficência, que determina a obrigação de não lhe causar dano intencionalmente (BEAUCHAMP, CHILDRESS, 1994; BUB, 2005).

Por ser a enfermagem tão presente para segurança do paciente, é importante que os órgãos de regulamentação e de formação desses profissionais tomem iniciativas a fim de participar ativamente desses processos de promoção da prática segura e da mudança da cultura de segurança, para que ela se torne e se mantenha positiva.

No Brasil, vários órgãos têm-se mobilizado em prol da segurança do paciente promovendo de campanhas, publicando manuais e eventos, como o Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREn/SP), que em 2010 promoveu ampla campanha com essa finalidade (PEDREIRA; HARADA, 2009). Organizações profissionais multidisciplinares, como a Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB), que criou o “Guia da UTI Segura (GUTIS)” (CASTRO *et al.*, 2010) e a Campanha Nacional Orgulho de Ser Intensivista, em 2010, com o tema segurança do paciente (REZENDE, 2010).

Com o objetivo de disseminar a segurança do paciente nas organizações de saúde, escolas e universidades, por iniciativa da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (REBRAENSP-SP, 2009), em 2008 foi criada a Rede Brasileira de Enfermagem e

Segurança do Paciente (REBRAENSP), à qual está vinculado o Polo de Segurança do Paciente de Santa Catarina (SEPAESC), criado em 2009 (SEPAESC, 2009).

Outro aspecto que vem sendo tratado e já é objeto de iniciativas é a segurança do paciente durante a formação dos profissionais de enfermagem. No estado de Santa Catarina, já existem projetos nos cursos de graduação, pós-graduação e grupos de pesquisa com foco na segurança do paciente. Entre eles, podemos destacar os grupos de pesquisa Cuidando & Confortando e Grupo de Pesquisa Clínica e Tecnologias, Informações e Informática em Saúde e Enfermagem (GIATE), ambos vinculados ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, que têm a segurança do paciente como um de seus pilares de estudo e trabalham em conjunto para inserção e acreditação dessas práticas. Entre os estudos mais atuais em nível de pós-graduação em enfermagem produzidos por essa instituição abordando essa temática e que serviram também de embasamento para este projeto, podemos citar: Santos (2009), Paese (2010), Mello (2011), Marinho (2012) Gasperi (2013), Misiak (2013) Fermo (2014).

Outra ação é a inserção da segurança do paciente como eixo de ensino na graduação em enfermagem. Acredita-se que, se desde o início da formação for trabalhada essa cadeia de fatores que são necessários para estabelecer uma cultura de segurança, melhores serão os resultados desses profissionais depois de formados, pois a partir do momento em que se desenvolve a crença de que um cuidado livre de erros é importante para o paciente e para a equipe, ela vai interferir nas atitudes que buscam realizar um cuidado seguro, implicando diretamente a intenção de querer esse cuidado e na ação de realizá-lo; ou seja, a partir do momento em que o aluno estabelece uma crença de segurança, ele passa a se conduzir com atitudes que sejam igualmente seguras (AIZEN; FISHBEIN 1977; GASPERI, 2013).

Durante a formação dos profissionais, muitas vezes não lhes são apresentadas explicitamente as questões inerentes ao erro, de forma que se estabelece uma situação de insegurança e ansiedade quando o assunto vem à tona, tanto nas universidades como nos cenários práticos de atendimento em saúde, desafiando, assim, as instituições de ensino a buscar novos marcos conceituais para desenvolver a prática e o ensino desses profissionais.

Para que haja uma mudança na cultura de segurança dentro das instituições de atendimento em saúde, os novos profissionais devem apresentar conhecimentos e habilidades tanto para identificar um erro e

saber quais ações tomar quando o cometem ou o presenciaram, quanto desenvolver formas para preveni-lo. Os cursos de graduação da área da saúde têm como dever o importante papel de desenvolver conceitos, habilidades e experiências para os alunos a respeito do erro humano e da segurança do paciente (YOSHIKAWA *et al.*, 2013).

Alguns estudos mostram que, quando são apresentados a esse tema, os alunos se mostram motivados e demonstram reconhecer a importância desse conteúdo para sua formação (LEUNG; PATIL, 2010; WONG *et al.*, 2010).

É necessário fazer com que os alunos não se sintam coagidos pelos erros e acabem levando sua omissão ao campo de prática, construindo, profissionalmente, uma cultura negativa de segurança do paciente. Precisa-se fazer com que haja liberdade para notificar o erro, lucidez para identificar os fatores que os induziram e planejamento de fatores que o dificultem, incluindo a equipe e a instituição. Um ambiente de trabalho punitivo e a cultura de pensar que os erros provocados pelo prestador de cuidados em saúde é resultado de descuido são evidências de que as organizações não têm consciência da extensão dos seus erros e lesões. Estudos revelam que apenas 2 a 3% dos grandes erros são relatados por meio de sistemas de informações e que os profissionais de saúde muitas vezes relatam apenas o que não podem esconder (MARX, 2001).

Mais importante a notificação e identificação dos fatores relacionados ao erro é a formulação de ações preventivas para evitá-los ou diminuir os fatores existentes. Deve-se, pois, trabalhar na formação do profissional para identificar os riscos e programar ações de proteção para que o erro não aconteça e proporcionar também à equipe a instrumentalização para que todos participem ativamente desse processo, principalmente o profissional enfermeiro, como personagem articulador da equipe de saúde e pela posição de coordenação que assume diante da equipe de enfermagem (YOSHIKAWA *et al.*, 2013).

Para isso, é necessário conhecer o que o aluno já traz consigo sobre os fatores que abrangem a cultura de segurança do paciente de acordo com as vivências que já teve em sua trajetória acadêmica, tanto para entender quanto para levantar os pontos fortes e fracos na aprendizagem e na formação de uma cultura positiva, sensibilizando-o para o cuidado seguro (YOSHIKAWA *et al.*, 2013).

Segundo a tese de Santos (2009), pelos dados de 2008 do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais, anualmente são formados na Região Sul cerca de 3.450 novos enfermeiros. Se metade deles levasse consigo e disseminasse a segurança do paciente como uma



ação conjunta em prol do cuidado causaria a mudança da cultura de segurança do paciente da região e do país, com benefícios múltiplos na qualidade de cuidado, redução de gastos e qualidade de vida para a população.

O interesse da autora pelo assunto se deu por reconhecer a importância da segurança do paciente e sua íntima ligação com a enfermagem; igualmente pela experiência da mestrandia em atuação direta com os alunos durante um período de 3 (três) anos, na condição de bolsista de extensão como monitora do Laboratório de Enfermagem (LABEnf), durante sua graduação, pelo trabalho realizado na docência e pelo comportamento dos graduandos diante de situações da prática, mesmo que simuladas.

Há também escassez de trabalhos que relacionem a cultura de segurança do paciente e a segurança do paciente com a formação dos profissionais, buscando também sensibilizar e instrumentalizar outros estudos que abordem essa temática.

Diante disso, pretende-se responder a seguinte **questão de pesquisa**: Qual é a cultura de segurança do paciente sob a ótica de acadêmicos da graduação de enfermagem em uma universidade federal no sul do Brasil?

## 1.1 OBJETIVOS

1. Identificar as dimensões presentes na cultura de segurança do paciente sob a ótica dos acadêmicos de enfermagem em uma universidade federal no sul do Brasil a partir de seu contato com a prática.

2. Conhecer a compreensão dos acadêmicos em enfermagem em uma universidade federal no sul do Brasil a respeito da segurança do paciente a partir de seu contato com a prática.



## 2 REVISÃO DA LITERATURA

Neste capítulo é apresentada a revisão de literatura sobre a segurança do paciente, que fundamenta esta pesquisa. O objetivo dessa revisão é traçar um panorama geral da segurança do paciente com foco na cultura de segurança do paciente, explorando suas origens, conceitos e pressupostos, bem como os fundamentos de sua avaliação, particularmente no contexto da formação profissional do enfermeiro. Contempla os seguintes subtemas:

- ✓ Conceitos em Segurança do Paciente;
- ✓ História da Segurança do Paciente;
- ✓ Enfermagem e a Segurança do Paciente;
- ✓ Cultura da Segurança do Paciente;
- ✓ Cultura da Segurança do Paciente na Educação em Enfermagem.

### 2.1 CONCEITOS EM SEGURANÇA DO PACIENTE

No ano de 2004, a Organização Mundial de Saúde – OMS reuniu um grupo de especialistas em teoria da classificação, de informática em saúde, de representantes dos pacientes, de equipe de saúde e de direito, com o intuito de articular os princípios para criar uma taxonomia voltada para a segurança do paciente (WHO, 2009).

Entre eles, foram discutidos os seguintes aspectos: finalidades da classificação e seus potenciais usos e usuários; fundamentação através de conceitos; linguagem adequada; organização em categorias universais, levando em consideração classificações já existentes; e que o modelo conceitual estabelecido deve ser uma convergência das percepções internacionais sobre as principais questões a respeito da segurança do paciente (WHO, 2009).

Publicado em janeiro de 2009, o relatório final fornece um detalhado panorama da estrutura conceitual para a Classificação Internacional para a Segurança do Paciente (CISP) e traz a discussão de cada classe, os conceitos-chave e as aplicações práticas (WHO, 2009).

A CISP tem como objetivo categorizar informações sobre segurança do paciente através de conjuntos padronizados de acordo com as definições de conceitos, termos preferenciais e as relações que guardam entre si. Foi projetada para ser uma convergência de percepções internacionais das principais questões relacionadas com a segurança do paciente e facilitar a descrição, comparação, avaliação,

monitoramento, análise e interpretação de informações para melhorar o atendimento ao paciente (WHO, 2009).

De acordo com a OMS, tratar com segurança do paciente significa reduzir, a um mínimo aceitável, o risco de danos desnecessários nos cuidados de saúde (WHO, 2009). Esse mínimo aceitável é considerado a somatória dos recursos humanos e materiais e o contexto em que a ação foi tomada frente ao risco de não tratamento ou de outro tratamento. Trata-se, então, de reduzir atos inseguros nos processos assistenciais e usar as melhoras práticas descritas, de forma a alcançar os melhores resultados possíveis para o paciente (ZAMBON, 2010).

Alguns termos devem ser reconhecidos quando se fala de segurança do paciente. São eles: (1) incidente, que é o evento ou circunstância, que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente. Pode ser oriundo de atos intencionais ou não-intencionais; (2) os erros, que são, por definição, não-intencionais e (3) o risco, que é a probabilidade de um incidente ocorrer (MELLO, 2011; WHO, 2009).

A partir do incidente, podemos definir quatro eventos a serem trabalhados: a circunstância notificável, na qual não ocorreu o incidente, mas um evento com expressivo potencial para dano ao paciente; o *near miss*, no qual houve o incidente, mas esse não atingiu o paciente; o incidente sem dano, o qual atingiu o paciente embora não lhe tenha causado dano; e o incidente com dano ou evento adverso, o qual atingiu o paciente, trazendo-lhe danos (ZAMBON, 2010; WHO, 2009; ANVISA, 2013).

Quando se fala em erro, não podemos deixar de citar a classificação de Reason (2000), que divide o erro em duas classes: o ativo, que seria mais explícito e passível de identificação imediata; e o erro latente, o qual ocorre fora da linha de visão imediata e está mais envolvido com processos como treinamento inadequado, más decisões gerenciais, organizações mal-estruturadas e falta de manutenção, dentre outros, os erros latentes podem ser identificados precocemente e corrigidos antes que um evento adverso ocorra.

## 2.2 HISTÓRIA DA SEGURANÇA DO PACIENTE

As reflexões sobre a possibilidade de causar danos aos pacientes surgem por volta de 300 a.C., com Hipócrates, que já trazia a prática segura como um preceito básico para as práticas médicas, através

do aforisma “*primum non nocere*”, ou seja, em primeiro lugar não causar dano (ZAMBON, 2009).

A partir do final do século XIX, com a revolução tecnológica, que ocorreram diversas transformações sociais, políticas e culturais e, como consequência do desenvolvimento científico, começaram a ser desenvolvidas medidas que contribuíssem para melhorar os resultados do cuidado à saúde. Além de repercutir na diminuição da taxa de mortalidade, essa melhora influenciou no aumento da expectativa de vida. Foi nessa época que surgiram nomes como o de Florence Nightingale, que já conduzia estudos sobre morbidade e mortalidade na Inglaterra. Além de Nightingale, outros precursores das estatísticas hospitalares, como Ernest Codman, cirurgião americano, considerado precursor do que é hoje o processo de acreditação de serviços de saúde. Convém citar também *The Joint Commission*, que propôs um sistema de padronização para hospitais, visando à melhoria da qualidade dos resultados (BRAUER, 2001; ZAMBON, 2009).

O grande avanço acerca da segurança do paciente se deu mesmo no século XX, principalmente nos EUA, a partir da divulgação de erros médicos que causaram caos entre a população e instigaram os profissionais a procurar soluções para essas ocorrências (MELLO, 2011). A fim de avaliar o impacto de tais erros, estudo pioneiro realizado nos EUA, em 1974, denominado “O estudo de viabilidade do seguro médico” (*The Medical Insurance Feasibility Study – MIFS*), desenvolvido pela Associação Médica da Califórnia (*California Medical Association*) e Associação Hospitalar da Califórnia (*California Hospital Association*), revisou 21 mil prontuários de pacientes hospitalizados em 23 hospitais da Califórnia, encontrando eventos adversos em 4,6% dos pacientes. Outro estudo, intitulado “O estudo da prática médica de Harvard” (*The Harvard Medical Practice Study - HMPS*), realizado na década de 80, trouxe dados ainda mais alarmantes: em 30 mil prontuários de pacientes internados no Estado de Nova York (3,7% dos casos) revisados, 13,6% dos eventos adversos levaram o paciente a óbito (ZAMBON, 2009).

Dez anos depois, diversos países, como Austrália, Nova Zelândia, Grã-Bretanha e França, reproduziram essas pesquisas e obtiveram resultados estupefacentes: a investigação de eventos adversos em prontuários revelou incidência de 16,5%, 11,33%, 10,8% e 14,5%, respectivamente, nesses países. Tais estudos mostraram que os eventos adversos causaram lesão decorrente do cuidado que levou à incapacidade temporária ou permanente, prolongamento da internação

ou morte do paciente. Esses eventos seriam evitáveis em torno de 30% a 60% nas situações descritas (ZAMBON, 2009).

No ano 2000, com a publicação do livro “*To Err is Human - Building a Safer Health System*”, as organizações de saúde se mobilizaram para implantar iniciativas com intuito de melhorar a segurança do paciente. O Congresso Americano determinou que as Agências Federais de Saúde aplicassem as determinações da publicação, as quais se fundamentavam em quatro afirmações: o problema dos danos causados por eventos adversos é grave; o principal problema está em sistemas falhos e não em falhas de pessoas; é necessário redesenhar os sistemas; e a segurança do paciente deve tornar-se prioridade nacional (IOM, 2000).

A OMS se tornou importante aliada para promover a segurança do paciente. Em 2002, na sua 55ª Assembleia, recomendou aos países membros a máxima atenção ao problema da segurança do paciente e o fortalecimento de evidências científicas necessárias para melhorar a segurança dos pacientes e a qualidade do cuidado em saúde. Em 2004, em sua 57ª Assembleia, estabeleceu a Aliança Mundial para a Segurança dos Pacientes, sendo uma de suas diretrizes o desenvolvimento e difusão de conhecimentos sobre políticas e melhores práticas na segurança do paciente (WHO, 2005).

A partir de então, diversas outras campanhas internacionais foram lançadas, como: “Cuidado limpo é Cuidado mais Seguro” (*Clean Care is Safer Care*), em 2005; “Cirurgia Segura Salva Vidas” (*Safe Surgery Saves Lives*), em 2006; o IHI lançou a “Campanha 5 Milhões de Vidas” (The 5 Million Lives Campaign), em 2008; em abril de 2011, foi lançada a campanha “Combate à Resistência Antimicrobiana” (*Combat Antimicrobial Resistance*) (ZAMBON, 2009; WHO, 2011a).

Em 2007, foram definidas nove áreas prioritárias de atuação, que são as Soluções para a Segurança do Paciente, e a iniciativa de desenvolver uma taxonomia internacional, denominada “*International Classification for Patient Safety*” (ICPS) (WHO, 2009), com o objetivo de definir e harmonizar os conceitos construídos sobre segurança do paciente, incluindo também a cultura de segurança do paciente (WHO, 2011b).

No Brasil, as iniciativas para melhorar a segurança do paciente nos serviços de saúde estão em consonância com as atividades da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente. Elas são desenvolvidas a partir de ações do órgão governamental Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que visa à melhoria da qualidade no atendimento hospitalar e a adesão do Brasil à Aliança Mundial para a Segurança do

Paciente, estabelecendo que a segurança do paciente é um dos critérios básicos para alcançar a qualidade no cuidado aos pacientes. As diferentes visões dos profissionais ajudam a definir quais são as prioridades nacionais e adaptando as diversas ações à realidade brasileira dentro do que preconiza a OMS. Em 2007, preparou-se uma proposta nacional para a segurança dos pacientes, seguindo o modelo do projeto da OMS, demonstrando que as autoridades da ANVISA perceberam a necessidade da participação do Brasil. Seu objetivo é identificar os problemas e especificidades da segurança nos serviços de saúde. Uma das suas principais iniciativas foi a criação da Rede Brasileira de Hospitais Sentinela, com a finalidade de notificar eventos adversos e queixas técnicas de produtos de saúde, sangue e hemoderivados, materiais e equipamentos médicos hospitalares (ANVISA, 2011; ANVISA, 2007; CASSIANI, 2010).

Outras ações foram a iniciativa da instituição da RDC Nº 36, de 25 de julho de 2013 que tem por objetivo instituir ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde e a criação de protocolos que afirmam ações de segurança do paciente, conforme a portaria Nº 2.095, de 24 de setembro de 2013, instituindo até então seis protocolos básicos: (1) Prevenção de quedas; (2) Identificação do paciente; (3) Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; (4) Cirurgia segura; (5) Higiene das mãos; e (6) Úlcera por pressão (MINISTÉRIO, 2013).

Se analisarmos todo o histórico da evolução da segurança do paciente, podemos dizer que se trata de um movimento em expansão, proporcionado por políticas governamentais e pelo desenvolvimento de novos saberes. E examinando todas essas ações, nota-se que a ênfase tem recaído sobre a cultura de segurança, pois diversos fatores nos mostram que ela pode ser considerada como principal determinante de uma segura assistência em saúde. Visto isso, para que haja uma melhoria na segurança do paciente, além de mudanças estruturais, é necessário também que ocorram mudanças culturais e comportamentais (NIEVA; SORRA, 2003).

## 2.3 ENFERMAGEM E A SEGURANÇA DO PACIENTE

A relação entre a segurança do paciente e a Enfermagem vem sendo construída desde os primórdios da profissão, em que a preocupação inicial já era não causar nenhum dano ao paciente além do que ele já sofrera. Isso é demonstrado nos registros de Florence Nightingale (1863), os quais mostravam que ela já buscava triar os

pacientes pelo seu agravamento de saúde, separá-los para evitar infecções cruzadas e detalhava dados estatísticos sobre a incidência de mortes e danos nos pacientes, entre outras ações que impulsionaram a Enfermagem para tal visão.

Outros fatores que nos aproximam dessa temática são: a nossa relação direta com a atenção em saúde e a prestação de cuidados ao paciente, não apenas em número de procedimentos, mas também em tempo de permanência junto ao paciente; contingente de profissionais; a responsabilidade como gestor desses cuidados prestados, assim como o convívio direto com os demais profissionais, o que nos propicia maior articulação para desenvolver ações voltadas para a segurança do paciente; e nosso compromisso ético que estabelece o comprometimento com a saúde do ser humano e da coletividade e a atuação na promoção, proteção, recuperação da saúde e reabilitação das pessoas. Dessa forma, preconiza-se para a seguridade do paciente uma assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência (COFEN, 2007).

Importante passo para a Enfermagem na solidificação das ações de segurança do paciente foi a criação da Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), em 2005. Nela em 2008, um grupo de enfermeiros teve a iniciativa de adotar tal estratégia para a realidade brasileira. Esse grupo criou a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP), cujo objetivo era fortalecer a assistência de enfermagem com segurança e qualidade. Seu trabalho foi difundido através dos seus polos estaduais e municipais, sendo representada no estado de Santa Catarina pelo SEPAESC (Polo de Segurança do Paciente de Santa Catarina) (CASSIANI, 2010; SEPAESC, 2009).

Atualmente, as normatizações e Políticas Públicas de Saúde são respaldadas por algumas portarias e protocolos que auxiliam na padronização e qualificação dos serviços de saúde, principalmente com enfoque na segurança do paciente, como: a Portaria Nº 529 de 1º de Abril 2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), cujo objetivo geral é contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional. O PNSP constitui seus objetivos, define o que é a segurança do paciente e as demais taxonomias que envolvem o processo e também institui estratégias de implantação do programa em si, assim como possui um comitê que promova as ações a serem realizadas e seus respectivos responsáveis (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).



Outra medida de implantação de ações de segurança do paciente foi a Resolução - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013, que tem por objetivo instituir ações para promover a segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde. Essa Resolução abrange serviços de saúde, sejam eles públicos, privados, filantrópicos, civis ou militares, incluindo aqueles que exercem ações de ensino e pesquisa e excluindo do escopo apenas os consultórios individualizados, laboratórios clínicos e os serviços móveis e de atenção domiciliar. Cria ainda o Núcleo de Segurança do Paciente, seus componentes, normas e ações e discorre também sobre a vigilância, o monitoramento e a notificação de eventos adversos (ANVISA, 2013).

Por fim, ainda em 2013, a ANVISA inicia uma série de publicações com o tema “Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde”, cujo objetivo é disponibilizar os atuais conhecimentos relacionados ao tema, buscando reduzir e mitigar riscos e atos inseguros, contribuindo para a aprendizagem da segurança dos pacientes e a melhora da qualidade do cuidado prestado nos estabelecimentos de saúde; é a publicação que dá início à série intitulada “Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática” (ANVISA, 2013).

## 2.4 CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Entende-se por cultura de segurança um conjunto de crenças, valores e atitudes compartilhadas por um mesmo grupo que exerce influência nas suas ações diárias. Considerando essa definição, um ambiente onde a incidência de eventos adversos é constante caracteriza a ausência de uma cultura de segurança positiva que gere hábitos e práticas seguras, mostrando assim uma deficiência coletiva, que permeia aquele contexto (FRANCO, 2005).

Essa cultura influencia de forma inconsciente tanto o comportamento no trabalho quanto o comportamento humano individual, alterando a forma como sentimos, agimos, pensamos e tomamos decisões. Quando uma pessoa entra num grupo de trabalho, a pessoa aprende o que é considerado comportamento aceitável ou não para a cultura daquele local (BARBOSA; ROCHA, 2010).

A qualidade dos cuidados de saúde tem como componente principal a segurança do paciente e, cientes disso, as organizações de cuidado de saúde estão em contínua busca de melhorias, pois a cada estudo se comprova ainda mais que o caminho é a criação de uma cultura de segurança do paciente. Para alcançá-la, é necessário que se

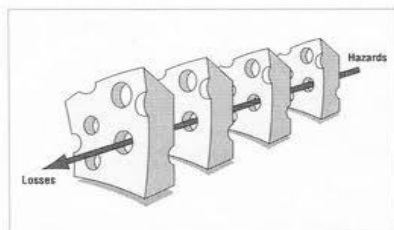
busque um entendimento sobre valores, crenças e normas sobre o que é importante em uma organização e que atitudes e comportamentos relacionados à segurança do paciente são suportados, recompensados e esperados (AHRQ, 2010).

O conceito de cultura de segurança começou a ser difundido nos últimos 30 anos, com base em experiências de organizações de risco, tais como aviação e energia nuclear, dentre outras, que muito tem influenciado a área da saúde. Um marco foi desastre nuclear de Chernobyl, em 1986, refletindo essencialmente as atitudes gerenciais e do trabalhador e valores relacionados para a gestão do risco e da segurança (FLIN *et al.*, 2009).

A segurança do paciente está associada ao paradigma do erro. Mais especificamente ao erro como acontecimento particular da desatenção humana, aplicado ao indivíduo que teve relação direta com o erro identificável. Porém, é importante que ele não seja visto dessa maneira, mas através da mudança proposta por Reason (2000), com a criação do Modelo do Queijo Suíço, construído após investigações de acidentes na aviação comercial e de instalações nucleares. Convém salientar que, em organizações complexas, um único erro na extremidade de um processo raramente é suficiente para causar dano.

Para causar um resultado devastador, o autor esclarece que tais erros devem ultrapassar múltiplas e incompletas camadas de proteção, representadas como fatias do queijo suíço, nas quais, quando todos os buracos da fatia se sobrepõem, o erro ocorre. Ou seja, quando são ultrapassadas diversas barreiras de possível verificação do erro, muito antes de ele ocorrer. Sendo assim, com um processo organizacional efetivo, o erro pode ser evitado. Essa teoria proporcionou visibilidade a um modo mais sistêmico e abrangente do que o erro propriamente dito (REASON, 2000).

**Figura 1.** Modelo do Queijo Suíço de Reason (2000).



**Fonte:** Blog de Paulo Gurgel “EntreMentes”<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Disponível em: <<http://blogdopg.blogspot.com.br/2012/02/teoria-do-queijo.html>> Acesso em julho 2014.

Na compreensão dessa perspectiva, pode-se melhorar a capacidade de obter resultados de segurança do paciente criando e estabelecendo uma cultura de segurança entre os profissionais, pois é prejudicial adotar uma cultura de culpa, em que os erros são vistos como fracassos pessoais, quando, na verdade, o ideal seria por uma cultura em que os erros são encarados como oportunidades de melhorar o sistema (NIEVA; SORRA, 2003; IOM, 2001).

Mas, se analisarmos as abordagens, a maioria dos estudos sobre a cultura de segurança do paciente está mais voltada para a exploração do déficit da organização, comunicação e habilidades pessoais. Alguns estudos mostram também a relação entre as atitudes de segurança, desempenho da equipe e avaliação da segurança. Já estudos que exploraram as crenças, atitudes e comportamentos dos membros da equipe em relação à segurança do paciente, o impacto físico e psicológico do risco de erro e do ônus na percepção e no desempenho dos profissionais são pouco abordados; e, quando abordados, abrangem apenas uma parcela como complementação dos estudos citados e não com objetivo de aprofundamento (FLIN *et al.*, 2006; THOMAS *et al.*, 2004; WOODS *et al.*, 2005). Esses aspectos estão presentes e assumem fundamental importância no reconhecimento e no desenvolvimento de tal cultura, principalmente na área da saúde.

Wiegmann *et al.* (2002) apresentam cinco componentes globais ou indicadores de cultura de segurança: (1) comprometimento organizacional, (2) envolvimento da gestão, (3) capacitação dos funcionários, (4) sistemas de recompensa e (5) sistemas de informação.

Quando estabelecidos esses componentes, os elos de confiança se firmam, os profissionais expõem mais facilmente suas necessidades e erros e a instituição consegue intervir nos processos de trabalho e na formação permanente, empoderando seus funcionários para garantir a cultura da segurança, assistência segura e a sua promoção (PAESE, 2010).

As organizações devem avaliar a cultura de segurança dentro do nível de cada departamento ou unidade, suas particularidades – identificando os pontos positivos e negativos – e o nível organizacional, para verificar as áreas de cultura com necessidade de melhorar e aumentar a consciência sobre os conceitos de segurança do paciente. Além disso, avaliar a efetividade das intervenções de segurança do paciente ao longo do tempo e estabelecer metas internas e externas. Ou seja, para alcançar a segurança, outro fator importante é como os líderes em todos os níveis de uma organização obtêm, usam e disseminam a informação para construir uma cultura informada e favorável (NIEVA;

SORRA, 2003; COLLA; BRACKEN; KINNEY, 2005; EDMONSON, 2004).

Para avaliar e identificar oportunidades de melhorar essa cultura de segurança do paciente foram desenvolvidas medidas quantitativas de avaliação, através de instrumentos classificados como instrumentos de avaliação psicométrica. A psicometria procura explicar o sentido que têm as respostas dadas pelos sujeitos a uma série de tarefas, tipicamente chamadas de itens (PASQUALI, 2009).

Esses instrumentos também se tornam importantes para medir as condições organizacionais que provocam efeitos adversos e dano aos pacientes, bem como para desenvolver e avaliar as intervenções de melhoria da segurança nas organizações de saúde (PASQUALI, 2009).

Dispostos em forma de questionário, os instrumentos mais utilizados atualmente são: Pesquisa Hospitalar sobre Cultura de Segurança – HSPSC (SORRA; NIEVA, 2004); questionário de atitudes de segurança (SEXTON *et al.*, 2006, SEXTON *et al.*, 2004); e Instrumento de Stanford (SEXTON *et al.*, 2006; SINGER *et al.*, 2003) dentre outros.

Tais questionários são frequentemente compostos de uma série de questões temáticas que diferem no número de dimensões da cultura de segurança exploradas e em relação aos locais para os quais são destinados, que pode ter caráter geral ou específico a determinado setor, de modo que os profissionais avaliem vários aspectos considerados relevantes para uma cultura de segurança (GULDENMUND, 2000).

Diante desses desafios, podemos identificar a necessidade de trabalhar o desenvolvimento de uma cultura da segurança do paciente positiva através dos diferentes níveis de maturidade da cultura da segurança, assim como sua avaliação e constante manutenção (PAESE, 2010).

## 2.5 CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM

Ao discorrer sobre a segurança do paciente, observa-se que as pesquisas estão direcionadas principalmente para a assistência hospitalar, onde os erros são detectados; porém, para lidarem com todas essas situações, englobadas na cultura de segurança do paciente, os profissionais receberam uma formação e que algumas dessas falhas podem tê-los seguido desde esse contato inicial até suas ações como profissionais.

Durante sua formação, os acadêmicos entram em contato direto com a assistência e estão expostos a diversos fatores que podem levá-los ao erro: fatores organizacionais; déficit de informações; e fatores pessoais, como estresse psicológico e físico e sobrecarga de atividades, que resultam por desencadear a falta do cuidar de si, que acabam sendo levados para a vida profissional depois de sua graduação. (SANTOS, 2009; RADÚNZ; CARRARO, 2003).

É importante que todos esses fatores sejam analisados com os acadêmicos durante toda a formação, pois eles darão suporte e fundamentação para o desenvolvimento da cultura de segurança do paciente para que seja intrínseca ao profissional que está sendo formado. No dizer de Flin *et al.* (2006), Thomas *et al.* (2004) e Woods *et al.* (2005), essa cultura se desenvolve não apenas motivada por fatores organizacionais, mas também por crenças, pelo impacto físico e psicológico do risco de erro e pelo ônus na percepção e no desempenho do profissional. Em seu trabalho, Corral-Mulato *et al.* (2011) lembram que nesse período de formação os sentimentos se apresentam ainda mais aflorados, devido à descoberta do novo, à preocupação com a vida profissional que está por vir e aos fatores de estresse que deles decorrem.

Conforme o que discute Nieva e Sorra (2003) e a IOM (2001), a academia é um lugar propenso para assistir a cultura da não culpa, em que se deve ter maior abertura para discutir o erro e melhor aceitação dessa exposição, pois se trata de um local de aprendizagem e, se bem trabalhada na formação, depois, como profissional, o acadêmico acaba incorporando essa cultura em seu local de prática com mais naturalidade, principalmente há uma metodologia ativa (WATERKEMPER, 2012).

Muitas vezes, a formação acadêmica dos profissionais de saúde, acaba por reforçar a premissa de que o desenvolvimento do trabalho não permite erros, formando uma cultura na qual cometer erros é expressamente inaceitável e está diretamente relacionada somente a falta de cuidado, esforço, responsabilidade e conhecimento, sendo de responsabilidade individual, o que contribui de forma decisiva para ocorrência de erros (YOSHIKAWA *et al.*, 2013).

Se reaplicarmos as teorias voltadas para o ambiente hospitalar, recairemos nos mesmos atores. Como líderes e referência nesse processo, temos a imagem do professor, com sua vivência e experiência (cultura) profissional para disseminar a informação na busca por obter uma cultura informada e favorável. Como Nieva e Sorra (2003), Colla, Bracken e Kinney (2005), Edmonson (2004) citam em seus trabalhos,

ainda deve haver uma instituição organizadora, nesse caso representada pela instituição de ensino.

Leva-se também em consideração que o processo de ensino e desenvolvimento da segurança do paciente na prática se inicia em ambiente de ensino simulado (laboratório de prática), onde há maior segurança e menos fatores de estresse pelo fato de saber que os erros cometidos não acarretarão malefícios ao paciente. E há possibilidade de reflexão minuciosa das atitudes e ações tomadas, pois a experiência de simulação promove o pensamento crítico dos estudantes, contemplando cinco fatores: objetivos, fidelidade, solução do problema, apoio e *feedback* (TEIXEIRA; FELIX, 2011), que contribuem para desenvolver a segurança do paciente.

Numa busca inicial, constata-se escassez de trabalhos nacionais que relacionem diretamente a cultura de segurança do paciente à formação do profissional. Como embasamento para esta revisão, foi utilizado o trabalho de Santos (2009), que estudou a segurança do paciente com os acadêmicos, mas com um olhar direcionado para o cuidar de si, e um estudo realizado numa universidade pública da cidade de São Paulo (YOSHIKAWA *et al.*, 2013), que buscou identificar a compreensão de alunos de graduação em enfermagem e medicina sobre o erro humano e segurança do paciente. Tratava-se de estudo prospectivo e exploratório no qual foram investigadas variáveis relativas à caracterização dos alunos e aos aspectos atitudinais e conceituais sobre o tema. A amostra constituiu-se de 109 alunos dos cursos de graduação em medicina e enfermagem, que responderam a um formulário eletrônico. Como foi observado a maior parte dos alunos teve aprendizado formal sobre o tema, embora tenha apresentado atitudes que demonstraram incerteza no que seria correto em relação a algumas práticas. Ou seja, mesmo tendo aprendido formalmente no curso, porque o tema consta do currículo, os alunos mostraram fragilidades em alguns pontos relacionados à segurança do paciente, como a questão de notificação dos erros.

Nas produções estrangeiras encontramos uma diversidade maior de estudos, como um realizado na Califórnia em 2013 teve como objetivo avaliar a percepção dos alunos de medicina sobre a cultura de segurança e as lacunas curriculares sobre segurança do paciente. Para tal, foi utilizado o instrumento Pesquisa Hospitalar sobre Cultura de Segurança – HSPSC, com algumas adaptações voltadas para os estudantes. No resultado, os estudantes revelaram o desejo de receber uma formação complementar a respeito de segurança do paciente para melhorar a sua experiência educacional, pois se sentem inseguros e

indecisos sobre a ação que deve ser tomada, principalmente quando se deparam com o erro ou com o risco de ele ocorrer (BOWMAN; NEEMAN; SEHGAL, 2013).

Outra pesquisa, realizada no Japão em 2011, conduziu um levantamento nacional para caracterizar a educação para a segurança do paciente em escolas de enfermagem e obteve como resultado que 90% das escolas de enfermagem já têm o tema em seus currículos. No entanto, em 30% delas o assunto é tratado em menos de cinco horas. Todas as escolas usam palestras como técnica de ensino do tema, enquanto outros métodos são poucos utilizados, como ensino simulado. Tópicos relacionados à teoria são amplamente ensinados, como, por exemplo, as teorias e modelos humanos, como o modelo do queijo suíço, enquanto relativamente poucas escolas abrangem temas práticos relacionados a análise do erro, diagnósticos de causa raiz ou ações de prevenção e promoção da segurança (MAEDA *et al.*, 2011)

Todos esses estudos mostram que os sistemas de ensino de abordagem da segurança do paciente existem, mas ainda sem a abrangência necessária para atitudes eficazes de formação do profissional para desenvolver ações e planejamentos para prática segura. Para desenvolvê-los, devem ser avaliadas as ações educacionais e currículos que estão sendo trabalhados, assim como o contato e a relação dos alunos com o tema, buscando aprimorar a abordagem para formação de um profissional diferenciado e com habilidades para tal (YOSHIKAWA *et al.*, 2013; BOWMAN; NEEMAN; SEHGAL, 2013; MAEDA *et al.*, 2011).





### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico-filosófico fornece pressupostos que permitem ao pesquisador recortar uma parte da realidade, selecionando a perspectiva de abordagem dessa realidade que pretende abranger. Isso inclui os autores que embasam e referendam essa visão, fornecendo não apenas essa matéria-prima, mas muitas vezes desvelando também o método e os meios pelos quais ela será trabalhada, processada (GOTO, 2010).

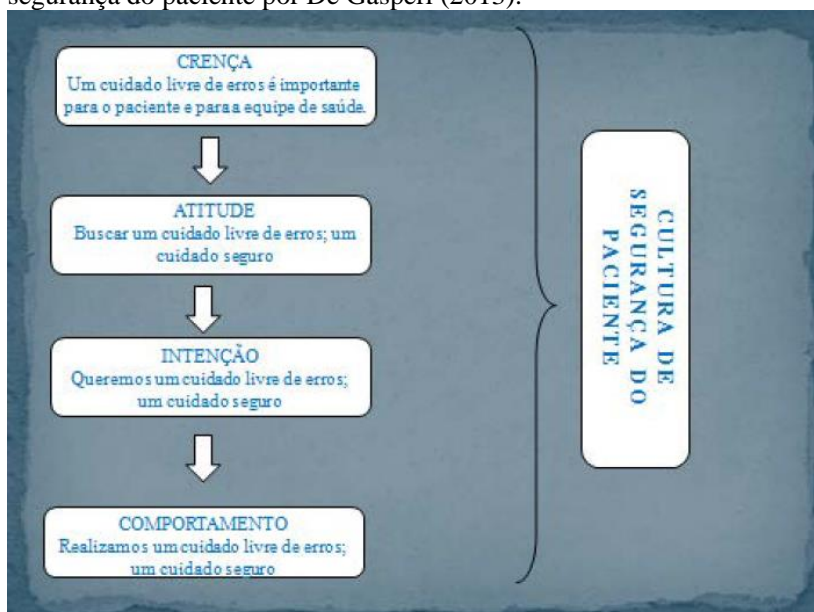
Possuir um referencial teórico é ao mesmo tempo ser possuído por ele, pois da mesma forma que ele fornece parâmetros e balizas teóricas, o pesquisador necessita incorporar essa perspectiva na visão do real, revelam do outra concepção de mundo, desenvolvendo um método e análise própria, fornecendo um novo modo de produzir esse conhecimento (GOTO, 2010).

Neste estudo foi utilizado o referencial adaptado por De Gasperi (2013) no qual ela aborda em sua tese, o referencial da cultura de segurança associada aos preceitos de Fishbein e Ajzen nas teorias da Ação Planejada e da Ação Racional que consistem na reflexão de que os seres humanos são racionais e utilizam as informações disponíveis para avaliar as implicações de seu comportamento, a fim de decidirem por realizá-lo ou não (AJZEN; FISHBEIN, 1977; DE GASPERI, 2013).

Entre seus principais objetivos, ressaltam-se: (1) interesse por prever e entender o comportamento e, ainda, sendo este fruto de escolhas conscientes por parte do indivíduo, (2) precisar a intenção para realizá-lo. Para compreender o comportamento, devem ser identificados os determinantes das intenções comportamentais: atitudes, que são de caráter pessoal; e normas subjetivas, que se referem à influência social. Levam-se em consideração também as crenças dos indivíduos, a avaliação das consequências do comportamento, a motivação para concordar com as pessoas que lhe são importantes e as variáveis externas (AJZEN; FISHBEIN, 1977; MOUTINHO; ROAZZI, 2010).

Concordando que as crenças têm grande importância para a segurança do paciente, pois levam a atitudes seguras, por sua vez, originarão intenções positivas na busca pela segurança do paciente, culminando em comportamentos seguros, que procuram evitar eventos adversos, De Gasperi criou uma figura para compreensão da relação entre a temática e as teorias da Ação Planejada e da Ação Racional.

**Figura 2.** Diagrama do referencial teórico associado à cultura de segurança do paciente por De Gasperi (2013).



**Fonte:** Tese intitulada “O cuidar de si como uma dimensão da cultura de segurança do paciente” De Gasperi (2013).

No presente estudo, as teorias abordadas com a adaptação feita por De Gasperi (2013), têm a intenção de entender as crenças, as normas subjetivas, a vivência, as variáveis externas e os hábitos relacionados à cultura de segurança do paciente, evidenciados pelos acadêmicos, para compreensão de suas atitudes e comportamentos (AJZEN; FISHBEIN, 1977).

Então, quando é evidenciado um comportamento desfavorável para a segurança do paciente, encontra-se um ponto fraco a ser restaurado através do processo educativo. Por outro lado, ao verificar um comportamento favorável, atesta-se um pilar de fortificação para segurança do paciente, o qual poderá ser trabalhado como foco no desenvolvimento de outros comportamentos seguros.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo de dupla abordagem, que se constitui na exploração dos dados extraídos de dois desenhos de estudo: o quantitativo e o qualitativo.

Prospectivo, pois os dados foram coletados a partir de uma data pré-determinada, seguindo os eventos prospectivos até a data estabelecida para o término. E analítico, partindo do conceito de que as variáveis foram analisadas dentro de sua representatividade (SILVA; MENEZES, 2001).

No desenho de estudo da abordagem quantitativa, optou-se pelo método do tipo *survey*, que se caracteriza como pesquisa não-experimental, para obter informações referentes ao *status* de alguma situação. As informações coletadas se referem às ações, conhecimentos, atitudes e valores dos indivíduos. O método *survey* é aplicado nas pesquisas de opinião e nos levantamentos estatísticos (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Para abordagem qualitativa, optou-se pelo tipo exploratório descritivo, que possibilita identificar diversos pontos nos relatos dos sujeitos, propiciando uma exploração e compreensão das opiniões, visto que os seres humanos são únicos e atribuem significados únicos a suas experiências. Descritivo, seguindo o preceito de que foi realizada a descrição das características, valores e opiniões de determinada população, fenômeno ou a relação entre variáveis, não havendo grupos nem períodos comparativos correlacionados (SILVA; MENEZES, 2001).

### 4.2 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido no contexto do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), criado em 24 de janeiro de 1969. Este curso oferece 74 vagas anualmente, divididas em duas turmas com ingresso em março e agosto. Os docentes do curso definiram para o mesmo estratégias que favoreçam a formação do enfermeiro como cidadão crítico-criativo (UFSC, 2008).

Antes mesmo das Diretrizes Curriculares Nacionais, neste curso já havia a construção do projeto pedagógico, tornando-se mais frequentes as discussões após a implantação das Diretrizes. Sua última reforma curricular foi implantada no primeiro semestre de 2011.

O Projeto Político Pedagógico do Curso tem como eixo curricular a promoção da saúde no processo de viver humano, nos diversos cenários do trabalho em saúde, contando ainda com perspectivas transversais voltadas para a educação e saúde, a ética e bioética, a articulação entre pesquisa, ensino e extensão e o processo decisório (UFSC, 2008).

Cada semestre possui um eixo fundamental, que é composto por ações educativas voltadas para o desenvolvimento de competências do enfermeiro nas diferentes fases da vida e nos diversos cenários do trabalho em saúde e de enfermagem, considerando a interdisciplinaridade na abordagem desse processo (UFSC, 2008).

Da primeira à terceira fase do curso são desenvolvidas as bases articuladas, caracterizadas por disciplinas isoladas. Embora articuladas ao conjunto, são ofertadas por diferentes departamentos de ensino e representam o aporte necessário de áreas básicas para estruturar o eixo fundamental (UFSC, 2008).

Todo o processo educativo e os enfrentamentos atuais e cotidianos do trabalho profissional são sustentados pelas bases complementares, que se caracterizam por privilegiar a aprendizagem vivencial e a abordagem interdisciplinar, capazes de desenvolver competências cognitivas e relacionais indispensáveis ao enfermeiro crítico, reflexivo e criativo (UFSC, 2008).

As disciplinas se organizam através da articulação entre eixo fundamental e as bases articuladas e complementares, que, uma vez definidas em atividades teóricas, teórico-práticas e de estágio, operacionalizam o processo educativo (UFSC, 2008).

### 4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

População é um conjunto de elementos dos quais se tiram conclusões válidas dentro do universo do estudo. A amostra representa a parte desses elementos a serem estudados (BARBETTA, REIS, BORNIA 2010).

A população selecionada para este estudo foi constituída pelos alunos do curso de graduação em enfermagem na Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, devidamente matriculados no semestre de 2014/1, nas disciplinas centrais de 4ª (quarta) a 8ª (oitava) fase de ambos os currículos em vigência.

A opção por esses alunos deve-se ao fato que as disciplinas dessas fases contemplam, em seus currículos, atividades práticas nas quais o aluno já entra em contato com o ambiente profissional e/ou

atividades simuladas (laboratório), executando na prática seus conhecimentos e/ou hábitos de segurança do paciente, como se descreve a seguir.

Currículo 2011/1º semestre: 4ª fase - Disciplina INT5203 (O Cuidado no Processo de Viver Humano I – Condição Clínica de Saúde) 37 alunos; 5ª fase - Disciplina INT5204 (O Cuidado no Processo de Viver – Condição Cirúrgica de Saúde) 27 alunos; 6ª fase - Disciplina INT5206 (O cuidado no Processo de Viver Humano IV) 18 alunos; 7ª fase – Disciplina INT5207 (O cuidado de enfermagem ao indivíduo adulto) 17 alunos.

Currículo 2004/1º semestre: 7ª fase - Disciplina NFR5165 (O Cuidado de Enfermagem ao Indivíduo Adulto em Condição Crítica de Saúde) 13 alunos; e 8ª fase - Disciplina INT5162 (Estágio Supervisionado II) 36 alunos.

No total são 131 alunos, dos quais 28 não responderam o questionário, resultando numa amostra composta por 103 alunos.

Foram aplicados os critérios de inclusão e exclusão, mas nenhum aluno se enquadrou neles a ponto de inviabilizar sua participação.

#### **4.3.1 Critérios de Inclusão**

- ✓ Alunos de enfermagem da 4ª (quarta) à 8ª (oitava) fase;
- ✓ Alunos devidamente matriculados nas disciplinas curriculares obrigatórias das fases supracitadas, que apresentam em suas atividades curriculares estágio prático supervisionado.

#### **4.3.2 Critérios de Exclusão**

- ✓ Alunos que se ausentaram ou tiveram suas matrículas trancadas por algum período de tempo superior a um mês durante o curso;
- ✓ Alunos que, por algum motivo, realizaram as atividades de forma não presencial durante o semestre;
- ✓ Alunos que estiveram durante o curso ou estão em atividade de intercâmbio, tanto em âmbito nacional como internacional;

#### **4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**

Para o estudo foi desenvolvido um questionário adaptado de um instrumento já existente, o “*Safety Attitudes Questionnaire*” (SAQ), que avalia atitudes do profissional relevantes para a segurança do paciente. É

considerado um instrumento adequado e utilizado em estudos em todo o mundo, o que facilita, principalmente, iniciar o processo para melhorar a segurança do paciente (JCR, 2007).

O SAQ é um instrumento psicométrico, desenvolvido e validado por Bryan Sexton, Eric Thomas e Robert Helmreich, do Centro de Excelência em Pesquisa e Prática em Segurança do Paciente (*Center of Health Care and Safety – Memorial Hermann Hospital*), da Universidade do Texas. Foi criado com a finalidade de avaliar a cultura de segurança dos profissionais por meio de suas atitudes. (SEXTON *et al.*, 2006)

Tal instrumento já foi adaptado para utilização em diferentes unidades de cuidado, como unidades de terapia intensiva, centro cirúrgico, unidades de internação cirúrgica, unidades básica e unidades cardiológicas. Nele, é detalhada a atitude dos profissionais em 6 dimensões: percepções de gestão, clima de trabalho em equipe, reconhecimento de estresse, clima de segurança, satisfação no trabalho e condições de trabalho. É composto por dados de informação demográfica (idade, sexo, experiência profissional), 64 itens que deverão ser respondidos usando uma escala Likert de cinco pontos (discordo totalmente, discordo parcialmente, neutro, concordo parcialmente e concordo totalmente) e 1 questão discursiva. A cultura de segurança é avaliada com esse instrumento de acordo com a média das respostas de cada dimensão; por fim, a média total entre as dimensões, classificadas em: positiva, quando média maior ou igual a 75; e negativa, quando média inferior a 75 (SEXTON *et al.*, 2006).

Devido à sua extensão, demandando muito tempo para aplicação, em 2006 foi desenvolvido por Dr. Erick Thomas uma versão genérica do instrumento original SAQ, composta por apenas 36 itens, o que facilitou a aplicação do instrumento, então denominado “*Safety Attitudes Questionnaire – Short Form 2006*”, mantendo o mesmo número de dimensões abordadas, embora identificadas em menor número de itens de avaliação (SEXTON *et al.*, 2006). A linguagem original do SAQ é o inglês, mas já foi traduzida e adaptada a diversos idiomas. A versão brasileira desse instrumento (Anexo A) foi realizada por Carvalho (2011) e foi a versão utilizada para basear o instrumento usado para o presente estudo (Apêndice A).

O SAQ foi desenvolvido para avaliar a cultura de segurança do paciente em instituições de prestação de serviços em saúde, para avaliar os profissionais que trabalham nesses locais, de forma que só foi aplicado até hoje em profissionais formados – não se tem informações de sua aplicação com acadêmicos. No presente foi realizada a adaptação

do questionário para ser aplicado no ambiente acadêmico, de forma que suas variáveis e sujeitos envolvidos fossem contemplados nos itens de avaliação. Os fatores de avaliação, como a direção e coordenação da unidade, foram, através de análise e reflexão dos papéis, substituídos pelos papéis da coordenação e professores envolvidos no processo de desenvolvimento do aluno.

Para adaptação deste instrumento foram realizadas algumas etapas como, (1) a construção teórica a partir de um instrumento já constituído, o “*SAQ - Short Form 2006*” por Carvalho (2011); (2) produção do instrumento para aplicação acadêmica; (3) ajuste de linguagem aplicado a dois acadêmicos de enfermagem com as mesmas características que a população alvo do estudo, mas que não eram alunos regulares da universidade na qual se realizou o estudo. Sendo realizada à distância, através de e-mail, através do envio do questionário juntamente com um instrumento de avaliação (Apêndice B), com objetivo de analisar as dificuldades, facilidades e colher sugestões para seu aprimoramento. Concluída essa etapa, foram feitas as alterações necessárias para aplicação aos sujeitos da pesquisa a fim de realizar a (4) validação do mesmo.

#### 4.4.1 Definição das Variáveis

As variáveis estão identificadas com relação à forma de mensuração, classificadas como qualitativas (QL), nominais e ordinais, ou quantitativas (QT), contínuas e discretas. Foram ainda listadas de acordo com sua classificação e definidas de modo nominal e operacional.

##### 4.4.1.1 Variáveis descritivas do acadêmico

Também chamadas “variáveis sociodemográficas”, as variáveis descritivas são utilizadas para descrever a amostra de determinado estudo de acordo com os dados coletados pelo pesquisador (HARDY, 2002).

#### **Quadro1:** Variáveis do acadêmico e suas descrições de aplicabilidade

<b>Idade (QT Discreta)</b>
Número de anos completos de idade, a partir do nascimento, de acordo com registro em documentos oficiais.
<b>Sexo (QL Nominal com 2 categorias):</b>
Gênero, considerado pelo acadêmico, registrado em homem e mulher.

<b>Se já repetiu alguma fase (QL Nominal com 2 categorias)</b>
Se o acadêmico, por algum motivo, já fez alguma fase por mais de uma vez, classificada nas categorias sim e não.
<b>Se sim (à resposta anterior) qual? (QL Ordinal)</b>
Caso a resposta da variável “já repetiu alguma fase?” fosse a categoria “sim”, o acadêmico responderia qual fase já repetiu, sendo possíveis oito respostas, correspondentes a cada uma das fases que ele pode ter repetido.
<b>Quantas fases já cursou? (QT Discreta)</b>
Número de fases completas que o acadêmico cursou até o momento de resposta do questionário.
<b>Cursa qual fase? (QL Ordinal com 5 categorias)</b>
Corresponde à fase em que o acadêmico se encontrava matriculado no momento de resposta do questionário. Apresenta cinco categorias possíveis, considerando a população elegível de 4ª a 8ª fase.
<b>Currículo do Curso (QL Nominal com 2 categorias)</b>
Corresponde ao currículo em vigência da disciplina em que o acadêmico estava matriculado. Apresenta duas categorias, dos dois possíveis currículos em vigência na data de aplicação do questionário: o currículo 1 (4 anos) e o currículo 2 (5 anos)
<b>Faz estágio extracurricular? Onde? (QL Nominal com 2 categorias e lacuna aberta)</b>
Se no momento de aplicação do questionário o acadêmico realizava algum estágio além do estágio obrigatório da disciplina. Classificada nas categorias sim e não. Caso a resposta da variável anterior fosse sim, o acadêmico preencheria o local onde realizava o estágio.
<b>Possui outra profissão? Qual? (QL Nominal com 2 categorias e lacuna aberta)</b>
Se o acadêmico possuía outra formação e/ou atividade profissional que não estivesse envolvida com o estágio relacionado à formação acadêmica em enfermagem. Classificada em 2 categorias: sim e não. Caso a resposta da variável anterior fosse sim, o acadêmico escreveria a outra profissão em que é capacitado e/ou exerce.
<b>Já frequentou outro curso de ensino superior? Qual? (QL Nominal com 2 categorias e lacuna aberta)</b>
Se o acadêmico iniciou e/ou concluiu algum outro curso de formação acadêmica. Classificada em 2 categorias: sim e não. Caso a resposta da variável anterior fosse sim, o acadêmico escreveria o outro curso que já iniciou e/ou concluiu.

**Fonte:** Desenvolvido pela pesquisadora



#### 4.4.1.2 Variáveis relacionadas com as dimensões do instrumento

São apresentadas a seguir as variáveis relacionadas com as seis dimensões do SAQ, as quais foram adaptadas para o instrumento destinado aos académicos de enfermagem. Após cada definição da variável, vêm os itens que contemplam cada dimensão, da mesma forma que estão no instrumento, tanto na forma numérica como nominal.

**Quadro 2:** Variáveis relacionadas com as dimensões do instrumento e os itens relacionados por dimensão

<b>Dimensão 1: Clima das atividades em grupo (QT Contínua)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>Item 1.</b> As sugestões do(a) aluno(a) são bem recebidas neste local de estágio/aula.</li> <li>✓ <b>Item 2.</b> Neste local de estágio/aula é difícil falar abertamente se eu percebo um problema com o cuidado ao paciente.</li> <li>✓ <b>Item 3.</b> Neste local de estágio/aula, as discordâncias são resolvidas de modo apropriado (ex.: não o que está certo, mas o que é melhor para o paciente).</li> <li>✓ <b>Item 4.</b> Quando necessito, eu tenho apoio de outros colegas para cuidar dos pacientes e esclarecer dúvidas e anseios.</li> <li>✓ <b>Item 5.</b> É fácil para os alunos, neste local de estágio/aula, fazerem perguntas quando existe algo que eles não entendem.</li> <li>✓ <b>Item 6.</b> Os (as) s professores (as) deste local de estágio/aula trabalham juntos (as) como uma equipe bem coordenada.</li> </ul>
<b>Dimensão 2: Clima de segurança (QT Contínua)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>Item 7.</b> Eu me sentiria seguro(a) se fosse tratado neste local de estágio como paciente.</li> <li>✓ <b>Item 8.</b> Erros cometidos pelos alunos são tratados apropriadamente no local de estágio/aula.</li> <li>✓ <b>Item 9.</b> Procuro conhecer os meios adequados para encaminhar as questões relacionadas à segurança do paciente nesta área.</li> <li>✓ <b>Item 10.</b> Eu recebo retorno apropriado, por parte dos professores, sobre meu desempenho.</li> <li>✓ <b>Item 11.</b> Neste local de estágio/aula é difícil discutir sobre erros.</li> <li>✓ <b>Item 12.</b> Sou encorajado(a) por meus colegas a informar qualquer eventual preocupação minha quanto à segurança do paciente.</li> <li>✓ <b>Item 13.</b> A cultura de segurança do paciente neste local de estágio/aula facilita aprender com os erros dos outros. (ex.: são identificados, refletidos e discutidos os erros).</li> </ul>

<b>Dimensão 3: Satisfação no curso (QT Contínua)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>Item 15.</b> Eu gosto das atividades que desenvolvo neste local de estágio/aula.</li> <li>✓ <b>Item 16.</b> Estudar aqui é como fazer parte de uma grande família.</li> <li>✓ <b>Item 17.</b> Este é um bom lugar para desenvolver meu conhecimento.</li> <li>✓ <b>Item 18.</b> Eu me orgulho de estudar neste local.</li> <li>✓ <b>Item 19.</b> O moral neste local de estágio/aula é alta.</li> </ul>
<b>Dimensão 4: Percepção do estresse (QT Contínua)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>Item 20.</b> Quando minha carga de atividades é excessiva, meu desempenho é prejudicado.</li> <li>✓ <b>Item 21.</b> Eu sou menos eficiente no estágio/aula quando estou cansado.</li> <li>✓ <b>Item 22.</b> Eu tenho maior probabilidade de cometer erros em situações tensas ou hostis.</li> <li>✓ <b>Item 23.</b> O cansaço prejudica meu desempenho durante situações tensas (ex.: provas, apresentação de trabalhos, discussões em grupo, prestação de cuidados diretos ao paciente)</li> </ul>
<b>Dimensão 5: Percepções da coordenação e docência (QT Contínua)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>Item 24.</b> Os(as) professores(as) da disciplina apoiam meus esforços diários.</li> <li>✓ <b>Item 25.</b> Os (as) professores (as) da disciplina não comprometem a segurança do paciente.</li> <li>✓ <b>Item 26.</b> Os (as) professores (as) da disciplina estão fazendo um bom trabalho.</li> <li>✓ <b>Item 27.</b> Alunos problemáticos do grupo são tratados de maneira construtiva por nossa coordenação e professores.</li> <li>✓ <b>Item 28.</b> Recebo informações adequadas e oportunas dos (as) professores (as) da disciplina sobre eventos que podem afetar minhas atividades (ex.: cancelamento das atividades, alterações do cronograma, etc.).</li> <li>✓ <b>Item 29.</b> Neste local de estágio/aula, o número de alunos é suficiente para lidar com as dinâmicas e atividades de estágio/aula.</li> </ul>
<b>Dimensão 6: Condições do local de estágio/atividade prática (QT Contínua)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>Item 30.</b> Recebo o treinamento adequado antes de realizar as atividades de prática no campo de estágio.</li> <li>✓ <b>Item 31.</b> Toda informação necessária para realizar as atividades práticas com segurança são disponibilizadas pelos professores.</li> <li>✓ <b>Item 32.</b> Como estagiário, sou adequadamente supervisionado.</li> </ul>

**Fonte:** Desenvolvido pela pesquisadora

#### 4.4.1.4. Perguntas relacionadas com a percepção do acadêmico sobre a segurança do paciente

Para complementação e entendimento de modo mais aprofundado sob a ótica e percepção dos acadêmicos sobre a segurança do paciente, foram elaborados quatro questionamentos para que eles tenham liberdade de expressar suas ideias, de forma a complementar e reforçar os achados quantitativos que serão expressos no questionário de avaliação da cultura de segurança do paciente adaptado para os acadêmicos.

**Quadro 3:** Questionário de avaliação qualitativa e descrição dos itens relacionados

<b>1. O que você considera ações de segurança para com o paciente?</b>
O aluno deve expressar o que, na concepção dele, são ações de segurança, de forma que ele poderá demonstrar e confirmar a dimensão da cultura de segurança do paciente que ele já tem estabelecida e/ou que está em processo de desenvolvimento, assim como as potencialidades e dificuldades de entendimento do tema.
<b>2. Como você põe em prática as ações de segurança com o paciente no seu dia a dia, no laboratório, nos locais de atividades teórico práticas, estágio supervisionado e/ou extracurricular?</b>
Questionamento para análise da coesão entre o entendimento teórico sobre a segurança do paciente e a potencialidade de aplicação prática.
<b>3. O que faz você refletir sobre a segurança do paciente no cotidiano de suas vivências?</b>
Questionamento a fim de entender as fundamentações/potencialidades/pilares nos quais o acadêmico busca recursos para seu aprendizado e usa como exemplo para tomar atitudes que levam a comportamentos.
<b>4. Eu gostaria de receber treinamentos /orientações adicionais em: como praticar técnicas eficazes e seguras para melhorar a assistência ao paciente; como revelar um erro a um paciente; como prevenir erros de medicação; como incorporar o uso de listas de verificação (check list) para melhorar o atendimento ao paciente; como avaliar um paciente com risco de eventos adversos; como rever uma situação para identificar por que e como um erro ocorreu; como melhorar os meus registros para destacar as questões</b>

**de segurança do paciente; como apoiar outras pessoas que se envolveram em um erro; como lidar com um erro no qual estou envolvido; e outro. Qual?**

O aluno pode decidir em qual estratégia, definida no instrumento de segurança do paciente, ele necessita aprimorar-se, podendo selecionar mais de uma alternativa, ou, ainda, sugerir outra temática.

**Fonte:** Desenvolvido pela pesquisadora.

## 4.5 COLETA DE DADOS

### 4.5.1 Anterior à Coleta de Dados

Anteriormente à coleta de dados foram realizadas algumas ações a fim de preparar o campo:

- Busca da listagem dos acadêmicos devidamente matriculados nas disciplinas eixo, as quais possuem período de estágio obrigatório em seu planejamento.
- Conversa com os professores responsáveis pela disciplina para selecionar a data em que eles pudessem dispor de tempo – cerca de trinta minutos – para colher os dados durante o período da aula, mas sem prejudicar os sujeitos do estudo.

### 4.5.2 Coleta de Dados

Os dados foram colhidos no mês de março de 2014, durante as primeiras semanas do período letivo, entre os dias 17 e 28, em duas etapas.

No primeiro momento os dados foram coletados durante o período de aula cedido pelo professor responsável pela disciplina eixo da fase, de acordo com a data previamente estipulada com cada um. Foram entregues aos alunos o questionário e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C), juntamente com lápis e caneta para seu preenchimento, o que lhes tomou em média trinta minutos. A pesquisadora ou o auxiliar explicaram detalhadamente o preenchimento do instrumento e a relevância do estudo para produzir conhecimento, assim como a necessidade da autorização expressa na assinatura do TCLE, deixando-os livres para qualquer questionamento e para preencher o questionário.

Após preenchê-los, os próprios sujeitos depositaram o questionário em uma urna e o TCLE em outra, ambas disponibilizadas

pela pesquisadora com o intuito de preservar-lhes o anonimato e a confidencialidade. As urnas só foram abertas após todos os participantes terem concluído o preenchimento.

O segundo momento foi a busca ativa aos acadêmicos que não se encontravam presentes durante a aplicação do questionário no período de aula, por meio do endereço eletrônico e contato pessoal. Em seguida foi-lhes explicada a importância do estudo, feito o convite para que dele participassem e disponibilizado o instrumento e o termo de responsabilidade para que lessem e assinassem, podendo ser devolvidos no escaninho da pesquisadora.

Ao final de toda a coleta de dados, as urnas foram abertas e deu-se início à organização dos dados para análise.

#### **4.5.1 Organização dos Dados**

No momento da abertura dos envelopes, os questionários foram identificados com uma numeração sequencial, distinta para as respostas da primeira parte do questionário (questões quantitativas, dispostas em categorias) e para as respostas da segunda etapa do questionário (questões qualitativas, abertas).

Antes da inserção das variáveis nas bases de dados, cada questionário foi avaliado por completo, sendo considerado apto aquele em que cada item ou pelo menos a maioria, mais de 75%, tenham sido respondidos (primeira e segunda etapa), critério em que todos os entrevistados cumpriram o requisito.

Quanto à organização, os dados da primeira etapa do questionário foram inseridos numa planilha no *software Excel*<sup>®</sup>, constituindo um arquivo, o qual posteriormente foi exportado e analisado no programa estatístico *Stata 9*.

Os dados referentes à segunda etapa, na qual foram respondidas as três questões abertas, foram digitados manualmente em arquivos de Word<sup>®</sup> de acordo com a questão (1, 2 ou 3) e fase em que o aluno se encontrava (4ª fase, ... , 8ª fase). Após, esses dados foram exportados para o *software NVivo 10 for Windows*<sup>®</sup> para início da análise.

### **4.6 ANÁLISE DOS DADOS**

#### **4.6.1 Abordagem Quantitativa**

As variáveis contínuas foram descritas por meio do cálculo de suas médias, desvios-padrão, valores mínimo, mediano e máximo. As variáveis categóricas pela frequência absoluta (número), e relativa (%)

A associação entre as variáveis categóricas foi testada por meio de testes do qui-quadrado de Pearson, e teste t de Student; o teste Anova foi utilizado para testar associações também quando a variável dependente tinha mais de duas categorias. O valor de  $p < 0,05$  foi considerado significativo. As análises foram realizadas no programa Stata 9.

#### **4.6.2 Abordagem Qualitativa**

Para a análise qualitativa foi utilizado o software *NVivo 10 for Windows®*, que auxilia na organização e estruturação, promovendo uma visão mais ampla dos dados qualitativos (LAGE, 2011).

A utilização desse dispositivo não dispensa um referencial para análise, de forma que no presente estudo adotamos o método de sistematização da Análise de Conteúdo de Bardin (2009), que consiste num conjunto de técnicas que analisa a comunicação utilizando procedimentos sistemáticos e objetivos da descrição dos conteúdos das mensagens. Através da prática, aqui, num primeiro momento, foi analisado o conteúdo no plano cronológico e epistemológico; na segunda etapa, a partir da leitura exaustiva das questões, trabalhou-se com a associação das palavras; e na terceira e na quarta etapa, foram organizadas a análise, a codificação de resultados, a categorização e as interferências das informações com auxílio do software (BARDIN, 2009).

Foram utilizados os três polos de organização na Análise de Conteúdo: a pré-análise; a exploração do material e o tratamento dos resultados (BARDIN, 2009).

#### **4.7 ASPECTOS ÉTICOS**

Como o estudo se deu na área de Ciências da Saúde em relação direta com seres humanos, e buscando respeitar os sujeitos da pesquisa em toda sua integralidade e a comunidade em geral, este trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, vinculado à Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, pelo sistema de submissão da Plataforma Brasil, sendo aprovado através do CAAE: 24625513.9.0000.0121, exarado em 10 de fevereiro de 2014.

Esse procedimento cumpre a Resolução nº 466/2012, que trata de pesquisas e testes em seres humanos, publicada em 13 de junho, no Diário Oficial da União, devidamente aprovada pelo Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS) na 240ª Reunião Ordinária, em dezembro de 2012, tendo como compromisso ético respeitar e aplicar todas as diretrizes e normas regulamentadoras nela estabelecidas.

Todos os aspectos de direito dos participantes, assim como as informações relevantes a sua participação, foram preservadas e garantidas através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C). O TCLE foi apresentado aos sujeitos e solicitada sua livre e espontânea participação na pesquisa, nele apondo sua assinatura. Foi disponibilizada uma cópia do documento ao participante, com o contato do pesquisador, que se colocou à disposição para esclarecer dúvidas, desistência e corte dos dados por ele disponibilizados.

Os demais documentos, questionários preenchidos e TCLEs ficarão com a pesquisadora pelo período de cinco anos, durante os quais será responsável por seu armazenamento, confidencialidade e integridade. Após esse período, todas as informações obtidas na pesquisa serão deletadas (arquivos de mídia digital) e/ou incineradas (material de mídia impressa).





## 5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados e discussões estão apresentados em forma de dois artigos conforme a Instrução Normativa 10/PEN/2011 de 15 de junho de 2011 (Anexo C) que estipula critérios para elaboração e formato de apresentação dos trabalhos de conclusão dos Cursos de Mestrado e de Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Cada artigo a autora visa responder a um dos objetivos propostos no estudo e serão apresentados da seguinte forma: o primeiro artigo volta-se ao objetivo (1) Identificar as dimensões presentes na cultura de segurança do paciente sob a ótica dos acadêmicos de enfermagem a partir de seu contato com a prática. E o segundo artigo com o objetivo (2) Conhecer a compreensão dos acadêmicos em enfermagem em uma universidade federal no sul do Brasil a respeito da segurança do paciente a partir de seu contato com a prática. O primeiro artigo foi intitulado “A Cultura de segurança do paciente e os acadêmicos de enfermagem” e será submetido à Revista da Escola de Enfermagem da USP, razão pela qual foi elaborado segundo suas normas. (Anexo D). O segundo, “A segurança do paciente na percepção dos acadêmicos de enfermagem”, será submetido à Revista Texto&Contexto Enfermagem, por isso foi redigido segundo suas normas (Anexo E).



## 5.1 ARTIGO 1 - A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE E OS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM

### A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE E OS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM<sup>2</sup>

### THE CULTURE OF PATIENT SAFETY AND THE NURSING STUDENTS

### LA CULTURA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA

Patrícia Ilha<sup>3</sup>  
Vera Radünz<sup>4</sup>

#### RESUMO

**Objetivo** Identificar as dimensões presentes na cultura de segurança do paciente sob a ótica dos acadêmicos de enfermagem em uma universidade federal no sul do Brasil a partir de seu contato com a prática. **Metodologia:** quantitativo, prospectivo e analítico, método do tipo *survey*. Foi elaborado um questionário a partir da adaptação do “*Safety Attitudes Questionnaire – Short Form 2006*” com 103 alunos do curso de graduação em enfermagem de uma universidade federal do sul do país. **Resultados:** O perfil dos participantes foi de mulheres (90%), entre 19 e 25 anos (80%), que não fazem estágios extracurriculares (61%), sem outra profissão (69%) e cursando seu primeiro curso superior (83%). Maioria (54,3%) obteve um escore positivo ( $\geq 75$  pontos). A dimensão que apresentou menor média foi “Percepções da coordenação e docência”, enquanto a maior média foi “Percepção do Estresse”. **Conclusão:** Urge desenvolver novas estratégias de ensino para desenvolver e avaliar a cultura de segurança do paciente a fim de

---

<sup>2</sup> Resultado parcial da dissertação de mestrado intitulada A Cultura de Segurança do Paciente na visão dos acadêmicos de enfermagem.

<sup>3</sup> Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem-PEN/UFSC. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidando e Confortando (C&C). Endereço para correspondência: Rua Europa, no. 228, apto 942 - Trindade. CEP: 88136-135. Telefone: (48) 96285845. E-mail: ilha.patricia@gmail.com

<sup>4</sup> Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Líder do Grupo de Pesquisa Cuidando e Confortando (C&C). E-mail: radunz@ccs.ufsc.br

potencializar a formação profissional dos enfermeiros e qualificar os cuidados prestados.

**Descritores:** Segurança do Paciente; Enfermagem; Educação em Enfermagem; Cultura.

## ABSTRACT

**Objective:** Identify the dimensions in the patient safety culture from the perspective of nursing students in a federal university in southern Brazil from its contact with the practice. **Methodology:** quantitative prospective and analytical survey of the type method. Through questionnaire developed from the "Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006" with 103 students of graduation in a federal university in the south. **Results:** The profile raised in this study were women (90%), between 19 and 25 years (80%), do internships (61%) have no other profession (69%) and are attending their first university degree (83%). Most (54.3%) had a positive score ( $\geq 75$  points). The dimension of lowest average was "Perceptions of coordination and teaching" has the highest mean was 'Perceptions of Stress'. **Conclusion:** Need to develop new teaching strategies for the development and evaluation of patient safety culture in order to enhance the training of nurses and qualify care.

**Descriptors:** Patient Safety; Nursing; Education Nursing; Culture.

## RESUMEN

**Objetivo:** Identificar las dimensiones en la cultura de seguridad del paciente desde la perspectiva de los estudiantes de enfermería en una universidad federal en el sur de Brasil a partir de su contacto con la práctica. **Metodología:** cuantitativa encuesta prospectiva y analítica del método tipo. A través de cuestionario desarrollado a partir de la "Seguridad Cuestionario de Actitudes - Short Form 2006" con 103 estudiantes de graduación en una universidad federal en el sur. **Resultados:** El perfil planteado en este estudio eran mujeres (90%), entre 19 y 25 años (80%), realizan prácticas (61%), no tienen otra profesión (69%) y asisten a su primer título universitario (83%). La mayoría (54,3%) tenían una puntuación positiva ( $\geq 75$  puntos). El tamaño de la media más baja fue "Percepciones de la coordinación y la enseñanza"; tiene la media más alta fue "Las percepciones de estrés". **Conclusión:** Necesidad para desarrollar nuevas estrategias de enseñanza para el desarrollo y evaluación de la cultura de seguridad del paciente con el fin de mejorar la formación de enfermeras y cualificar la atención.

**Descritores:** Seguridad del Paciente; Enfermería; Educación en Enfermería; Cultura.

## INTRODUÇÃO

A segurança do paciente, refere-se à prevenção de possíveis danos causados durante a realização de cuidados à saúde dos pacientes e demais sujeitos envolvidos nesse processo, sempre susceptíveis a uma cadeia de erros que podem comprometer a qualidade do serviço prestado. Para que essa prevenção ocorra de forma efetiva, diversos fatores envolvidos na segurança do paciente devem ser trabalhados, como o conjunto de crenças, valores e atitudes que influem nessas ações de segurança. Essas características acabam por conceituar a cultura de segurança do paciente e, dependendo desses comportamentos, pode ser positiva ou negativa para constituir um ambiente de cuidado seguro (IOM, 2004; FRANCO, 2005).

A segurança do paciente e a Enfermagem sempre estiveram em conexão, partindo do preceito primordial de que o primeiro cuidado que devermos prestar ao paciente é não lhe causar nenhum dano além do que ele já sofrera. Ao longo da história comprovamos isso desde os registros de Florence Nightingale (1863), a liderança na Enfermagem que já buscava, naquele contexto temporal de saúde, triar os pacientes pelo seu agravo de saúde, separá-los para evitar infecções cruzadas e já detalhava dados estatísticos sobre a incidência de mortes e danos em pacientes.

A Enfermagem está ligada à segurança dos cuidados por prestá-los diretamente ao paciente, tanto pelo número de procedimentos realizados, quanto pelo tempo de permanência à beira do leito, além da responsabilidade do profissional enfermeiro como gestor desses cuidados e como articulador de ações dirigidas à segurança do paciente, e seu contato constante com profissionais de outras disciplinas permite realizar atividades interdisciplinares e multidirecionais. Além disso, ele também honra o compromisso ético estabelecido com a saúde do ser humano e da coletividade e atua na promoção, proteção e recuperação da saúde e na reabilitação das pessoas, transitando em todas as áreas de inserção da segurança. Preconiza igualmente, para a segurança do paciente, uma assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência e imprudência (COFEN, 2007).

O panorama já atingido no desenvolvimento da cultura de segurança do paciente, tanto na conscientização dos profissionais e instituições como no desenvolvimento de estudos para fundamentação da área mudando o conceito de atenção à prevenção dos erros, observa-

se que as pesquisas relacionadas à segurança do paciente estão direcionadas principalmente para a assistência hospitalar, onde os erros são detectados, ou seja, na ponta do *iceberg*. Mas muitas vezes se esquece de que, para lidar com todas essas situações englobadas na segurança do paciente, os profissionais receberam uma formação que é a base para esses conhecimentos e que algumas dessas falhas podem tê-los acompanhado desde o contato inicial com a segurança do paciente, ainda na academia, até sua atuação profissional.

Durante a formação os acadêmicos entram em contato direto com a assistência, prestando cuidados aos pacientes e expostos a diversos fatores que podem levá-los ao erro. Entre esses fatores podemos citar: os organizacionais, déficits de informação, aspectos pessoais, como estresse psicológico e físico e sobrecarga de atividades, principalmente relacionados à falta do cuidar de si, problemas esses que acabam, depois de formados, levando também para a vida profissional e convivendo com os mesmos riscos (SANTOS, 2009; RADÜNZ; CARRARO, 2003).

Esses fatores devem ser trabalhados desde a formação, pois eles darão suporte ao desenvolvimento da cultura de segurança pessoal de cada profissional, porquanto a cultura de segurança se desenvolve não apenas por fatores organizacionais, mas também por crenças, pelo impacto físico e psicológico do risco de erro e pelo ônus na percepção e no desempenho do profissional; nesse período de formação os sentimentos se apresentam ainda mais aflorados, devido ao descobrir do novo, à preocupação com a vida profissional que está por vir e os fatores de estresse que isso gera. Além disso, a academia é um lugar propício para trabalhar a cultura da não culpa (FLIN *et al.*, 2009; THOMAS *et al.*, 2004; WOODS *et al.*, 2005; CORRAL-MULATO *et al.*, 2011; NIEVA; SORRA, 2003; IOM, 2004). Por ser um local com maior abertura para discussão do erro e melhor aceitação dessa exposição, a academia é local de aprendizagem, de forma que se a segurança do paciente for bem trabalhada na formação, o futuro profissional – que é o acadêmico – acaba inserido naturalmente em seu local de prática, absorvendo esses conhecimentos e cultivando atitudes a favor da segurança (WATERKEMPER, 2012).

Para tanto, além de desenvolver tecnologias educativas para a segurança do paciente, esse processo deve ser avaliado e conhecidos os fatores que fortalecem essa cultura. Como forma de avaliar e identificar oportunidades desse aprimoramento, foram desenvolvidas medidas quantitativas de avaliação da cultura de segurança do paciente, através de instrumentos de avaliação psicométrica que procuram explicar o

sentido que têm as respostas dadas pelos sujeitos a uma série de tarefas, tipicamente chamadas de itens (PASQUALI, 2009).

Esses instrumentos – os questionários – também se tornam importantes para medir as condições organizacionais que provocam efeitos adversos e dano aos pacientes, bem como para desenvolver e avaliar as intervenções de melhoria da segurança nas organizações de saúde (PASQUALI, 2009).

Esses questionários em geral são compostos por uma série de questões temáticas que diferem no número de dimensões da cultura de segurança exploradas e em relação aos locais para os quais são destinados, que pode ter caráter geral ou específico a determinado setor, permitindo que os profissionais avaliem vários aspectos considerados relevantes para uma cultura de segurança (GULDENMUND, 2000). Na consulta bibliográfica realizada não foram identificados instrumentos reconhecidos mundialmente que meçam esses aspectos entre os acadêmicos da área de saúde, por isso foram utilizados instrumentos de avaliação profissional adaptados para analisar tais características nesse público.

Pautado no cenário exposto, o presente estudo buscou responder ao seguinte questionamento: Qual é a cultura de segurança do paciente sob a ótica de acadêmicos da graduação de enfermagem no sul do Brasil? Sob o objetivo de identificar as dimensões presentes na cultura de segurança do paciente sob a ótica dos acadêmicos de enfermagem em uma universidade federal no sul do Brasil a partir de seu contato com a prática.

## **METODOLOGIA**

Estudo prospectivo e analítico, para o qual se optou pelo método do tipo *survey*, caracterizado como pesquisa não-experimental, que permite obter informações referentes ao *status* de alguma situação. As informações coletadas se referem às ações, conhecimentos, atitudes e valores dos indivíduos. O método *survey* desempenha relevante papel nas pesquisas de opinião e levantamentos estatísticos (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

O estudo foi desenvolvido no contexto do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, criado em 24 de janeiro de 1969. Oferece 74 vagas/ano, divididas em duas turmas com ingresso em março e agosto. No curso são adotadas estratégias que favoreçam a formação do enfermeiro como cidadão crítico e criativo (UFSC, 2008).

Cumprindo o que determina a Resolução nº 466/2012, este trabalho foi aprovado pelo CAAE: 24625513.9.0000.0121, exarado em 10 de fevereiro de 2014 pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, vinculado à Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, por acesso ao sistema de submissão da Plataforma Brasil.

A população selecionada para o presente estudo foi constituída por 131 alunos, dos quais 28 decidiram não responder o questionário, resultando numa amostra total de 103 alunos. Os critérios de inclusão foram: alunos cursando graduação em enfermagem na Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, devidamente matriculados no semestre de 2014/1, nas disciplinas centrais de 4ª (quarta) a 8ª (oitava) fase de ambos os currículos em vigência. E como critérios de exclusão: alunos que se ausentaram ou tiveram suas matrículas trancadas por algum período de tempo superior a um mês durante o curso; ou que, por algum motivo, realizaram as atividades de forma não presencial durante o semestre; alunos que estiveram durante o curso ou estão em atividade de intercâmbio nacional ou internacional;

Optou-se por esses alunos porque as disciplinas dessas fases contemplam atividades teórico/práticas, nas quais o aluno entra em contato com o ambiente profissional e/ou atividades simuladas (laboratório), praticando conhecimentos e cultivando hábitos de segurança do paciente.

Como instrumento da coleta de dados, foi aplicado um questionário adaptado do “*Safety Attitudes Questionnaire – Short Form 2006*” (SEXTON *et al.*, 2006) que tem por objetivo avaliar a cultura de segurança do paciente em instituições que prestam serviços em saúde; até hoje foram aplicados em profissionais formados – não encontrando nesta pesquisa bibliográfica estudos que realizaram a aplicação em acadêmicos. A língua original do SAQ é o inglês, mas já foi adaptado a diversos idiomas. A versão brasileira foi desenvolvida em estudo realizado por Carvalho (2011) e foi a utilizada para basear o instrumento desenvolvido para o presente estudo. É composto por informações demográficas (idade, sexo, experiência profissional), em 36 itens que foram respondidos usando uma escala Likert de cinco pontos (discordo totalmente, discordo parcialmente, neutro, concordo parcialmente e concordo totalmente). A cultura de segurança é avaliada nesse instrumento de acordo com a média das respostas de cada dimensão, e por fim a média total entre as dimensões, classificável em positiva e negativa. Positiva para média superior ou igual a 75; e negativa, para média inferior a 75. Nele também se mede a atitude dos profissionais em



6 dimensões: percepções de gestão, clima do trabalho em equipe, reconhecimento de estresse, clima de segurança, satisfação no trabalho e condições de trabalho. (SEXTON *et al.*, 2006).

Para construir e adaptar o instrumento, foi realizado um processo de construção teórica; produção do instrumento para aplicação acadêmica; ajuste de linguagem, para posterior validação com a aplicação do instrumento com os acadêmicos.

Os dados foram coletados em duas etapas. A primeira deu-se na primeira semana de aula, durante um período cedido pelos professores no qual a pesquisadora ou o auxiliar explicaram detalhadamente o preenchimento do instrumento e a relevância do estudo para produzir conhecimento, assim como a exigência da autorização através da assinatura do TCLE, deixando-os livres para qualquer questionamento e para preencher o questionário. A segunda etapa foi a busca ativa, através de endereço eletrônico e contato pessoal, para encontrar os acadêmicos que não compareceram à aula em que o questionário foi aplicado.

Para organizá-los, os dados foram inseridos numa planilha no *software Excel*<sup>®</sup>, constituindo um arquivo, posteriormente exportado e analisado no programa estatístico *Stata9*. A análise dos dados seguiu estes procedimentos: as variáveis categóricas foram descritas por meio do cálculo de suas médias, desvios-padrão, valores mínimo, mediano e máximo. As variáveis categóricas foram descritas pela frequência absoluta (número), e relativa (%).

A associação entre as variáveis categóricas foi testada por meio de teste do qui-quadrado de Pearson e teste t de Student; o teste Anova também foi utilizado, para testar associações quando a variável dependente tinha mais de duas categorias. O valor de  $p < 0,05$  foi considerado significativo. As análises foram processadas no programa *Stata9*.

## RESULTADOS

Primeiramente foram coletados os dados sociodemográficos, com o intuito de analisar o perfil dos alunos (Tabela 1) para melhor compreender o contexto no qual estão inseridos e as variáveis que poderiam interferir na cultura de segurança do paciente.

**Tabela 1.** Perfil dos sujeitos. Florianópolis – 2014

Variável	Categoria	N	%
Idade	19 anos – 25 anos	80	77,6
	26 anos – 30 anos	17	16,6

<b>Sexo</b>	31 anos – 36 anos	6	5,8
	Sem resposta	-	-
	<b>Total</b>	<b>103</b>	<b>100</b>
	Homem	13	12,7
	Mulher	90	87,3
<b>Já repetiu alguma fase?</b>	Sem resposta	-	-
	<b>Total</b>	<b>103</b>	<b>100</b>
	Sim	38	36,8
	Não	54	52,4
	Sem resposta	11	10,6
<b>Que fase está cursando?</b>	<b>Total</b>	<b>103</b>	<b>100</b>
	4ª Fase	30	29,1
	5ª e 6ª Fase	30	29,1
	7ª e 8ª Fase	43	41,7
	<b>Total</b>	<b>103</b>	<b>100</b>
<b>Currículo do curso?</b>	Currículo 1	30	29,1
	Currículo 2	72	69,9
	Sem resposta	1	1,0
	<b>Total</b>	<b>103</b>	<b>100</b>
	<b>Faz estágio extracurricular?</b>		
<b>Faz estágio extracurricular?</b>	Sim	39	37,8
	Não	63	61,1
	Sem resposta	1	1,1
	<b>Total</b>	<b>103</b>	<b>100</b>
	<b>Exerce outra profissão?</b>		
<b>Exerce outra profissão?</b>	Sim	23	22,3
	Não	69	76,7
	Sem resposta	1	1,0
	<b>Total</b>	<b>103</b>	<b>100</b>
	<b>Essa profissão é da área de saúde?</b>		
<b>Essa profissão é da área de saúde?</b>	Sim	18	17,4
	Não	5	4,8
	Sem resposta	80	77,6
	<b>Total</b>	<b>103</b>	<b>100</b>
	<b>Já frequentou outro curso de ensino superior?</b>		
<b>Já frequentou outro curso de ensino superior?</b>	Sim	15	14,6
	Não	83	80,6
	Sem resposta	5	4,8
	<b>Total</b>	<b>103</b>	<b>100</b>
	<b>Esse outro curso é da área de saúde?</b>		
<b>Esse outro curso é da área de saúde?</b>	Sim	6	5,8
	Não	8	7,7
	Sem resposta	89	86,4
	<b>Total</b>	<b>103</b>	<b>100</b>

**Fonte:** Desenvolvida pela pesquisadora

Após a caracterização do perfil foi analisado o questionário com o objetivo de definir as médias obtidas pelos alunos, qualificando-as, de acordo com o instrumento, em positivas e negativas (Tabela 2).

**Tabela 2.** Escores dos sujeitos em geral. Florianópolis – 2014

<b>Escore</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Positivo ( $\geq 75$ )	56	54,3
Negativo ( $< 75$ )	47	45,7
<b>Total</b>	<b>103</b>	<b>100</b>

**Fonte:** Desenvolvida pela pesquisadora

Isso feito, buscou-se identificar as médias por dimensões, comparando-as entre as fases e agrupando-as para melhor análise comparativa; a 4ª fase foi considerada como estágio inicial; a 5ª e a 6ª, como estágio médio, e a 7ª e a 8ª como estágio final do curso (Tabela 3).

**Tabela 3.** Escores dos sujeitos por dimensão e fase. Florianópolis – 2014

<b>Dimensão</b>	<b>Categoria</b>	<b>N</b>	<b>Escore</b>	<b>Desvio Padrão</b>	<b>Valor de P*</b>
1.Clima das atividades em grupo	4ª Fase	30	74,72	12,21	0,025
	5ª e 6ª Fase	30	77,30	9,24	
	7ª e 8ª Fase	43	69,08	15,67	
	<b>Total</b>	<b>103</b>	<b>73,12</b>	<b>13,43</b>	
2.Clima de segurança	4ª Fase	30	74,70	9,59	0,010
	5ª e 6ª Fase	30	78,19	9,67	
	7ª e 8ª Fase	43	70,05	13,12	
	<b>Total</b>	<b>103</b>	<b>73,78</b>	<b>11,64</b>	
3.Satisfação no curso	4ª Fase	30	85,95	10,96	<0,001
	5ª e 6ª Fase	30	82,50	13,94	
	7ª e 8ª Fase	43	69,76	23,06	
	<b>Total</b>	<b>103</b>	<b>78,19</b>	<b>19,01</b>	
4.Percepção do estresse	4ª Fase	30	86,45	13,24	0,102
	5ª e 6ª Fase	30	85,69	13,28	
	7ª e 8ª Fase	43	78,73	21,23	
	<b>Total</b>	<b>103</b>	<b>83,00</b>	<b>17,29</b>	
5.Percepção da coordenação e da docência	4ª Fase	30	71,37	14,06	0,094
	5ª e 6ª Fase	30	72,52	13,89	
	7ª e 8ª Fase	43	64,24	21,71	
	<b>Total</b>	<b>103</b>	<b>68,73</b>	<b>17,89</b>	
6.Condições do local de estágio/atividade prática	4ª Fase	30	79,99	15,87	0,059
	5ª e 6ª Fase	30	75,83	18,87	
	7ª e 8ª Fase	43	68,97	22,51	

Escore geral por fase	<b>Total</b>	<b>103</b>	<b>74,18</b>	<b>20,09</b>	<0,001
	4ª Fase	30	77,36	8,66	
	5ª e 6ª Fase	30	77,85	7,05	
	7ª e 8ª Fase	43	69,19	13,80	
<b>Escore geral</b>		<b>103</b>	<b>74,09</b>	<b>11,46</b>	

\*De acordo com Teste ANOVA.

**Fonte:** Desenvolvida pela pesquisadora

Com base na análise do perfil e nas médias das dimensões, analisamos a relação de algumas características com a média da cultura de segurança, para avaliar se elas interferiam positiva ou negativamente.

**Tabela 4.** Escores dos sujeitos de acordo com variáveis levantadas.  
Florianópolis – 2014

<b>Variável</b>	<b>Categoria</b>	<b>N</b>	<b>Escore</b>	<b>Desvio Padrão</b>	<b>Valor de P*</b>
<b>Idade</b>	19 anos – 25 anos	80	74,67	10,21	0,483
	26 anos – 30 anos	17	73,15	9,72	
	31 anos – 36 anos	6	69,06	26,31	
	Sem resposta	-	-	-	
	<b>Total</b>	<b>103</b>	<b>74,09</b>	<b>11,46</b>	
<b>Estágio extracurricular</b>	Sim	39	72,28	14,32	0,454
	Não	63	75,16	9,33	
	Sem resposta	1	-	-	
	<b>Total</b>	<b>103</b>	<b>74,09</b>	<b>11,46</b>	
<b>Já repetiu alguma fase?</b>	Sim	38	71,95	12,02	0,336
	Não	54	75,13	11,68	
	Sem resposta	11	76,36	7,28	
	<b>Total</b>	<b>103</b>	<b>74,09</b>	<b>11,46</b>	
<b>Exerce outra profissão?</b>	Sim	23	71,28	14,94	0,371
	Não	69	74,97	10,27	
	Sem resposta	1	-	-	
	<b>Total</b>	<b>103</b>	<b>74,09</b>	<b>11,46</b>	
<b>Já é profissional da área de saúde?</b>	Sim	18	74,20	10,59	0,026
	Não	5	60,77	23,96	
	Sem resposta	80	74,90	10,22	
	<b>Total</b>	<b>103</b>	<b>74,09</b>	<b>11,46</b>	
<b>Currículo</b>	Currículo 1	30	68,87	14,09	0,001
	Currículo 2	72	76,45	9,38	
	Sem resposta	1	-	-	

	Total	103	74,09	11,46
--	-------	-----	-------	-------

\*De acordo com Teste ANOVA

**Fonte:** Desenvolvida pela pesquisadora

## DISCUSSÃO

O perfil encontrado no presente estudo ficou assim desenhado: em sua maioria são sujeitos do sexo feminino (90%), entre 19 e 25 anos (80%), não fazem estágios extracurriculares (61%), não exercem outra profissão (69%) e frequentavam seu primeiro curso superior (83%). Dentro dessas características, um dado que se destacou foi percentual de reprovações: 36% dos acadêmicos já havia repetido alguma disciplina.

As médias gerais de todas as categorias foram analisadas e qualificadas em positiva e negativa. Positiva quando superior ou igual a 75 pontos, uma cultura onde reina um ambiente favorável ao desenvolvimento da segurança do paciente, com profissionais e instituições capacitados, onde se trabalha o erro não sob a perspectiva da punição, mas como um momento de discussão e aprimoramento do cuidado em que são desenvolvidas estratégias para prevenir e avaliar riscos. Quando inferior a 75 pontos, a cultura de segurança é considerada negativa, caracterizada por alguma deficiência no processo que impede que as ações positivas se estabeleçam (SEXTON *et al.*, 2006). Assim, a média geral de todas as fases foi considerada negativa (74,09) sendo que, a maioria dos acadêmicos (54,3%) apresentou um escore positivo para cultura de segurança e uma parcela significativa (45,7%) com cultura negativa, com a diferença de apenas 10%.

Essa maioria dos acadêmicos com cultura positiva pode estar relacionada aos achados de um estudo realizado em São Paulo com acadêmicos de enfermagem e medicina, com o objetivo de compreender o entendimento deles sobre a cultura de segurança, que definiu que o conhecimento já estabelecido estava diretamente relacionado com o fato de já terem, de alguma forma, um contato formal sobre a segurança do paciente (YOSHIKAWA *et al.*, 2013). No entanto, não se pode descartar o grande número com escore negativo, o que nos leva a refletir que, se entre os fatores atrelados, estão a informação e o contato com a segurança do paciente durante a formação, qual a qualidade, tanto em tempo quanto em conteúdo, clareza e metodologia com a qual é exposta e como os currículos são formulados, pensando na inclusão dessa temática que de certa forma é transversal a grande parte dos conteúdos da enfermagem.

Estudo realizado no Japão os autores avaliaram os currículos de escolas de enfermagem pelo país e identificou que a maioria dos currículos (90%) incluía a temática segurança do paciente, mas o tempo dedicado era insuficiente para abordar os tópicos necessários, chegando a 30% desses currículos com apenas cinco horas dedicadas ao tema, impondo-se a necessidade de reformular e repensar a forma de abordar a segurança do paciente como algo consolidado, trazendo como sugestões matérias e grupos de estudo específicos do tema (MAEDA *et al.*, 2011).

Quando comparamos as médias entre as fases, foi identificado que entre as três categorias aqui elencadas, a categoria que se encontrava na fase final do curso (7ª e 8ª fase) obteve a menor média (69,19), sendo esta significativa com a aplicação do teste ANOVA ( $p$  0,0008); segundo diversos estudos, quanto maior o nível de informação e de contato com a prática, maiores as chances de se estabelecer uma cultura de segurança positiva (MAEDA *et al.*, 2011; YOSHIKAWA *et al.*, 2013; ABDOU; SABER, 2011). Considerando que que são fases mais avançadas que as aqui avaliadas, ou seja, tiveram maior formação e mais oportunidades de execução prática desse conhecimento, questiona-se: para que se estabeleça essa cultura de segurança positiva e como intervir para mudar essa realidade?

Avaliando as dimensões da cultura de segurança de abrangência do instrumento ainda na categoria de 7ª e 8ª fase, a única que obteve escore positivo foi a “Percepção do Estresse”, que indica a capacidade de verificar o quanto o estresse influencia as atividades realizadas, o que vai de acordo com estudo realizado com acadêmicos de enfermagem para avaliar a percepção do estresse, que mostrou que a fase de formação é de extremo estresse para os acadêmicos, na qual tanto o estresse pessoal quanto o estresse profissional acabam por se fundir num só sentimento, causando insegurança, desequilíbrio e dificuldades na vida profissional (CORRAL-MULATO *et al.* 2011).

A categoria com menor escore foi a relacionada com as “Percepções da coordenação e docência”, o que nos faz refletir sobre como é visto o profissional docente nesse processo de formação e o que o acadêmico espera dele. Estudo realizado em universidades públicas e privadas do Rio Grande do Sul, com objetivo de compreender, com base na visão de alunos universitários evadidos, dentre os muitos aspectos que certamente contribuíram para o abandono de curso, o impacto específico do envolvimento nas atividades acadêmicas e dos relacionamentos interpessoais na decisão de evasão, os alunos relataram decepção com o tipo de vínculo estabelecido com os professores: mais distante, mais formal, com menos espaços de interação social e

percepção de menor interesse pelas questões individuais do aluno, entre outras. O estudo mostrou que essa percepção contrasta com a expectativa que os alunos tinham de manter os vínculos de proximidade e proteção como vivenciaram na escola, influenciando negativamente nessa avaliação que eles fizeram da integração à instituição e aos seus representantes (BARDAGI; HUTZ, 2012).

Como nas figuras parentais, os professores são enfatizados no contexto escolar, mas perdem importância em etapas posteriores do desenvolvimento. No presente estudo percebe-se que as verbalizações do papel do professor no ensino superior demonstram a relevância do papel do professor no âmbito da carreira, como modelo de identificação de papel de trabalho (que podem ser modelos negativos de carreira) e que eles esperam essa postura dos docentes. É importante propiciar uma reflexão com os professores sobre sua influência no desenvolvimento vocacional do aluno; além da transmissão de conhecimentos essa influência parece fundamental, uma vez que alguns estudos já apontam um descompasso entre as percepções discentes e docentes nesse sentido (BARIANI E PAVANI, 2008; QUADROS *et al.*, 2010; BARDAGI; HUTZ, 2012).

As fases categorizadas como iniciais (4ª fase) e médias (5ª e 6ª fase) obtiveram médias muito semelhantes, ambas com escore positivo para segurança do paciente. Quando avaliadas as dimensões, os menores escores foram também relacionados às “Percepções da coordenação e docência”, remetendo-nos à mesma reflexão. As dimensões com melhores médias foram “Percepção do Estresse” seguida de “Satisfação com o curso”. O gostar e estar satisfeito com o local de estudo/trabalho proporciona e reflete a satisfação com a instituição, o que pode melhorar o desempenho no trabalho, proporcionando maior qualidade na segurança do paciente (MARINHO, 2012)

De maneira geral, foram analisadas outras variáveis que poderiam de alguma forma exercer influência sobre a cultura de segurança. Dentre essas, as que se mostraram significantes nos testes foram: (1) se já eram profissionais da área de saúde que mostrou que os que já eram obtiveram um escore maior (74,20) do que os que tinham uma profissão, mas (2) não eram da área (60,77). De qualquer forma, essas duas situações obtiveram escore menor dos que (3) não responderam (74,90), que representam os que não têm outra profissão na área da saúde e tendo informações prévias sobre a segurança do paciente e já tendo realizado cuidados em saúde, estes possuem uma cultura de segurança com médias inferiores, mesmo com pouca diferença, dos

acadêmicos que nunca tiveram outro contato com a temática além da graduação.

Outra variável significativa foi: qual era o currículo cursado pelos acadêmicos, pois em 2011 a instituição realizou uma reforma curricular a fim de aprimorar a formação dos profissionais, sendo este estendido para cinco anos, rearticulando as disciplinas. Este estudo constatou que os alunos que cursavam o currículo 1, que era o antigo, de 4 anos, obtiveram um escore inferior (68,87) aos dos que cursavam o currículo atual 5 anos (76,45), o que corrobora os achados nos escores das fases, pois correspondiam ao novo currículo as fases 4<sup>a</sup>, 5<sup>a</sup> e 6<sup>a</sup>, que obtiveram os maiores escores.

Um dos principais fatores que estressam os acadêmicos durante a graduação é o número de atividades e a exiguidade de tempo para realizá-las, além de outros fatores pessoais que muitas vezes precisam ser deixados de lado para dedicação aos estudos e estágios. Além disso, o curso de graduação é de tempo integral, exigindo período de tempo disponível, de forma que a reestruturação das disciplinas e o aumento do tempo de desenvolvimento da graduação permitem melhor distribuição das atividades (SANTOS, 2009; CORRAL-MULATO *et al.*, 2011).

Por mais que tenham apresentado baixa significância nos testes estatísticos, os demais dados analisados nos fazem refletir sobre importantes contextos. Quanto à idade não houve diferenças significativas entre as categorias. Já os que não realizavam estágio extracurricular obtiveram um escore maior que os demais, assim como os que não exerciam outra profissão; alguns estudos mostram que muitas vezes quando exposto a um ambiente com situações de cultura de segurança negativas e/ou desfavoráveis, com ausência de sistemas que proporcionem mudança, o profissional/acadêmico se predispõe a adotar ações que comprometem a segurança do paciente (DE GASPERI, 2013).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os resultados encontrados evidenciam diversas fragilidades no processo de formação da cultura de segurança do paciente; e que por mais que a maioria dos acadêmicos tenha apresentado uma cultura positiva, um número significativo ainda apresenta uma cultura negativa que merece atenção e novas estratégias de desenvolvimento de ensino e aprendizagem que gerem novas práticas efetivas para educação em segurança.

Assim sendo, torna-se imprescindível avaliar tais processos durante a formação, elaborando instrumentos e desenvolvendo novos



estudos que fundamentem essas ações. Aplicar o estudo desde as fases iniciais do curso para acompanhar o processo da constituição da cultura de segurança do paciente desde o contato inicial até a vida profissional, buscando entender as lacunas ainda existentes entre comportamento, hábitos e conhecimentos desenvolvidos na formação e o que é aplicado posteriormente nas atividades profissionais.

## REFERÊNCIAS

ABDOU, Hala A.; SABER, Kamilia M. A Baseline Assessment of Patient Safety Culture among Nurses at Student University Hospital. **World Journal of Medical Sciences** 6 (1): 17-26, 2011

BARDAGI, Marucia Patta; HUTZ, Claudio Simon. Rotina Acadêmica e Relação com Colegas e Professores: Impacto na Evasão Universitária. **Psico**, Porto Alegre, v. 43, n. 2, p.174-184, 2012. Trimestral.

BARIANI, I.C.D. & PAVANI, R. Sala de aula na universidade: espaço de relações interpessoais e participação acadêmica. **Estudos de Psicologia Campinas**, 25(1), 67-75, 2008.

CORRAL-MULATO S, BALDISSERA VDA, SANTOS JL, PHILBERT LAS, BUENO SMV. Estresse na vida do acadêmico em enfermagem. (Des)conhecimento e prevenção. **InvestEducEnferm**. 2011; 29(1):109 – 117.

CARVALHO, Rhanna Emanuela Fontenele Lima de. **Adaptação Transcultural do SafetyAttitudesQuestionnarie Para o Brasil - Questionário de Atitudes de Segurança**. 2011. 173 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Programa de Pós-graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

COFEN (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM). **Resolução Cofen nº 311/2007**. Código de ética dos profissionais de enfermagem. Fevereiro de 2007. Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. Disponível em: <[http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-3112007\\_4345.html](http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-3112007_4345.html)>. Acesso em: 04 Junho 2013.

CORRAL-MULATO S, BALDISSERA VDA, SANTOS JL, PHILBERT LAS, BUENO SMV. Estresse na vida do acadêmico em enfermagem. (Des)conhecimento e prevenção. **InvestEducEnferm.** 2011; 29(1):109 – 117.

FLIN, R.; WINTER, J.; SARAC, C.; RADUMA, M. **Human Factors in Patient Safety: Review of Topics and Tools**. Report for Methods and Measures Working Group of WHO Patient Safety. Geneva: World Health Organization, 2009.

FRANCO, A. La seguridad clínica de los pacientes: entendiendo el problema. **Colomb. Méd.**, p. 130-133, 2005.

DE GASPERI, Patrícia. **O cuidar de si como uma dimensão da cultura de segurança do paciente**. 2013. 253 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

GULDENMUND, FW. The nature of safety culture: a review of theory and research. **Safety Science**, v. 34, n. 1-3, p. 215-257, 2000. Disponível em: <<http://academics.ewi.tudelft.nl/live/binaries/55e4afad-b4c5-4e33-b60c-68a9c6bcfc3c/doc/safetyscience2000.pdf>>. Acesso em: 01 Junho de 2014.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM) .**Patient safety**: achieving a new standart for care. Washington, DC: National Academy Press, 2004.

MAEDA, Shoichi et al. Patient safety education at Japanese nursing schools: results of a nationwide survey. **BmcResearch Notes**, Fujisawa, Kanagawa, v. 4, n. 416, p.2-7, 2011.

MARINHO, M. M. **Cuidado de enfermagem e a cultura de segurança do paciente**: um estudo avaliativo em unidades de internação cirúrgica. 2012. 135p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

NIEVA, V.F.; SORRA, J.S. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. **Quality & Safety in Health Care**, v. 12, Suppl 2, p. ii17-23, Dez. 2003. Disponível

em:<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1765782/pdf/v012p0ii17.pdf>>. Acesso em: 01 Junho 2013.

NIGHTINGALE, F. **Notes on Hospitals**. 3. ed. London: Longman, Green, Longman, Roberts, and Green 1863. Disponível em:<[http://www.archive.org/stream/cu31924012356485/cu31924012356485\\_djvu.txt](http://www.archive.org/stream/cu31924012356485/cu31924012356485_djvu.txt)>. Acesso em: 14 Maio 2013.

PASQUALI, L. Psicometria. **Revista da Escola de enfermagem da USP**, São Paulo, v.43, dez. 2009. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342009000500002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000500002)>. Acesso em: 01 Junho de 2014.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

QUADROS, A.L., LOPES, C.M., SILVA, F.A.B., CORREA, J.M.M., PIO, J.M., TORRES, N.O., PINTO, P.L. & NOGUEIRA, R.K. A percepção de professores e estudantes sobre a sala de aula de ensino superior: expectativas e construção de relações no curso de química da UFMG. **Ciência & Educação**, 16(1), 103-114, 2010.

RADÜNZ, V.; CARRARO, T. E. Cuidar de si para cuidar do outro. In: REIBNITZ, K. et al. **O processo de cuidar, ensinar e aprender o fenômeno das drogas**: políticas de saúde, educação e Enfermagem. Módulo 2- especialização no fenômeno das drogas área de redução da demanda. Florianópolis: Departamento de Enfermagem/UFSC, 2003, p. 99-112.

SANTOS, Viviane Euzébia Pereira. **O cuidar de si no contexto acadêmico da enfermagem e a segurança do paciente**. 2009. 160 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

SEXTON, J. B. et al. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. **BMC Health Services Research**, p. 6-44, 2006.

TEIXEIRA, I.N.D.O.; FELIX, J.V.C. Simulation as a teaching strategy in nursing education: literature review. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.15, n.39, p.1173-83, out./dez. 2011.

THOMAS, E.J.; SHERWOOD, G.D.; MULHOLLEM, J.L.et al. Working together in the neonatal intensive care unit: provider perspectives. **J Perinatol**, Disponível em: <<http://www.readcube.com/articles/10.1038/sj.jp.7211136>> Acesso em 03 Junho 2013

Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. Guia dos estudantes do curso de graduação em enfermagem / Universidade Federal de Santa Catarina; coordenadoras Sayonara de Fátima Faria Barbosa, Lucia Nazareth Amante, Astrid EggertBoehs.-Florianópolis, 2008.

WATERKEMPER, Roberta. **Formação da atitude crítica e criativa do acadêmico de enfermagem na disciplina de fundamentos para o cuidado profissional**: um estudo de caso. 325 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

WOODS, D.M.; HOLL, J.L.; SHONKOFF, J.P. et al. Child-specific risk factors and patient safety. **J Patient Saf**, v. 1, p. 17–22, 2005.

YOSHIKAWA, Jamile Mika et al. Compreensão de alunos de cursos de graduação em enfermagem e medicina sobre segurança do paciente. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v. 1, n. 26, p.21-29, 2013.

## 5.2 ARTIGO 2 - A SEGURANÇA DO PACIENTE NA PERCEPÇÃO DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM

### A SEGURANÇA DO PACIENTE NA PERCEPÇÃO DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM<sup>5</sup>

#### PATIENT SAFETY IN THE PERCEPTION OF NURSING STUDENTS

#### LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA PERCEPCIÓN DE ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA

Patrícia Ilha<sup>6</sup>  
Vera Radünz<sup>7</sup>

### RESUMO

**Objetivo:** Conhecer a compreensão dos acadêmicos em enfermagem em uma universidade federal no sul do Brasil a respeito da segurança do paciente a partir de seu contato com a prática. **Metodologia:** Estudo exploratório e descritivo, de natureza qualitativa realizado através de um questionário com questões abertas e direcionadas à segurança do paciente, com 103 alunos do curso de graduação em enfermagem de uma universidade federal do sul do país, utilizando o método de Análise de Conteúdo de Bardin e o *software NVivo 10 for Windows®* para análises. **Resultados:** As principais categorias abordadas a respeito de ações para a segurança do paciente foram: cuidados com medicações e a integridade do paciente, enquanto a forma como a colocam em prática considerou: o comportamento individual e coletivo, e o cuidado com o paciente. No tocante ao que os faz refletir sobre a temática considerou: os erros de outros profissionais e a empatia com o paciente. **Conclusão:** Os acadêmicos tem um conhecimento sobre o que é a cultura de segurança do paciente, mas ainda está relacionado ao empirismo e não

---

<sup>5</sup> Resultado parcial da Dissertação de Mestrado intitulada A Cultura de Segurança do Paciente na visão dos acadêmicos de enfermagem.

<sup>6</sup> Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem-PEN/UFSC. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidando e Confortando (C&C). Endereço para correspondência: Rua Europa, n 228, apto 942 - Trindade. CEP: 88136-135. Telefone: (48) 96285845. E-mail: ilha.patricia@gmail.com

<sup>7</sup> Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Líder do Grupo de Pesquisa Cuidando e Confortando (C&C). E-mail: radunz@ccs.ufsc.br

pautado em fundamentações teóricas, considerando a segurança como algo pontual e não processual.

**Descritores:** Segurança do Paciente; Enfermagem; Educação em Enfermagem; Cultura.

## ABSTRACT

**Objective:** Knowing the understanding of academic nursing in a federal university in southern Brazil about patient safety from their contact with the practice. **Methodology:** qualitative, exploratory and descriptive study. Conducted through a questionnaire with open and directed to patient safety issues, with 103 students of graduation in a federal university in the Brazilian south. Using the method of content analysis of Bardin and software NVivo 10 for Windows for analysis. **Results:** The main categories addressed regarding actions toward patient safety were maintained with medications and the integrity of the patient, since the way were put into practice through individual and collective behavior, and patient care. About what makes them reflect on the theme were the mistakes of other professionals and with empathy for the patient. **Conclusion:** Scholars have an established knowledge about what is the patient safety culture, but is still very much related to empiricism and rarely addressed in theoretical predictions. Even with safety as something specific and not procedural. **Descriptors:** Patient Safety; Nursing; Education Nursing; Culture.

## RESUMEN

**Objetivo:** Conocer la comprensión de la enfermería académica en una universidad federal en el sur de Brasil sobre seguridad de los pacientes de su contacto con la práctica. **Metodología:** Estudio cualitativo, exploratorio y descriptivo. Llevó a cabo a través de un cuestionario con preguntas abiertas y dirigidas a los problemas de seguridad del paciente, con 103 estudiantes de graduación en una universidad federal en el sur brasileño. Utilizando el método de análisis de contenido de Bardin y el software NVivo 10 para Windows para el análisis. **Resultados:** Las principales categorías dirigió con respecto a las acciones hacia la seguridad del paciente se mantiene con los medicamentos y la integridad del paciente, ya que la forma en que se pusieron en práctica a través de la conducta individual y colectiva, y la atención al paciente. Sobre lo que les hace reflexionar sobre el tema eran los errores de otros profesionales y con empatía hacia el paciente. **Conclusión:** Los académicos tienen un conocimiento establecido sobre lo que es la cultura de seguridad del paciente, pero todavía está muy relacionado con

el empirismo y raramente abordado en las predicciones teóricas. Incluso con la seguridad como algo específico y no de procedimiento.

**Descriptor:** Seguridad del Paciente; Enfermería; Educación en Enfermería; Cultura.

## INTRODUÇÃO

As reflexões a respeito da segurança do paciente surgem por volta de 300 a.C. com Hipócrates, o pai da medicina, que já trazia a prática segura como conceito básico para as práticas médicas, com o aforisma “*primum non nocere*”, ou seja, em primeiro lugar não causar dano (ZAMBON, 2009). No decorrer dos séculos, dúvidas e incertezas maiores foram aparecendo, exigindo ações mais específicas e pontuais para um cuidado seguro e que acompanhasse o desenvolvimento tecnológico.

Proporcionar segurança ao paciente significa reduzir, a um mínimo aceitável, o risco de danos desnecessários nos cuidados de saúde (WHO, 2009), considerando a somatória dos recursos humanos e materiais e o contexto em que a ação foi tomada diante do risco de não tratamento ou de outro tratamento. Trata-se, então, de reduzir atos inseguros nos processos assistenciais e usar as melhores práticas descritas, de forma a alcançar os melhores resultados para o paciente (ZAMBON, 2010).

Diversas estratégias foram elaboradas pelos órgãos responsáveis pelo controle da segurança do paciente, com a finalidade de desenvolver nos profissionais uma prestação de cuidados seguros, através de pesquisas que pautassem essas ações, de forma a comprovar que o principal fator que colaborava para isso era o processo de formação desses profissionais (De GASPERI, 2013).

Notamos que as pesquisas voltadas para a segurança do paciente estão direcionadas principalmente à assistência hospitalar, onde os erros são detectados; todavia, convém lembrar que, para lidar com as situações ligadas à segurança do paciente, os profissionais receberam uma formação, e algumas dessas falhas podem tê-los seguido desde esse contato inicial até seu desempenho profissional.

Durante sua formação, os acadêmicos entram em contato direto com a assistência e estão expostos a diversos fatores que podem levá-los ao erro: fatores organizacionais; déficit de informações; e fatores pessoais, como estresse psicológico e físico e sobrecarga de atividades, principalmente relacionados à falta do cuidar de si, que acabam sendo

levados para a vida profissional depois de formados. (SANTOS, 2009; RADÜNZ; CARRARO, 2003).

É imprescindível que todos esses fatores sejam trabalhados desde a formação, pois eles darão suporte ao desenvolvimento da cultura de segurança do paciente específica ao profissional que está sendo formado (FLINet *et al.*, 2006; THOMAS *et al.*, 2004; CORRAL-MULATO *et al.*, 2011). Portanto, é importante conhecer a compreensão dos acadêmicos acerca da segurança do paciente, de forma a identificar as dificuldades, para que sejam superadas, e as potencialidades, para que sejam desenvolvidas e aplicadas para qualificar o serviço prestado e solidificar esse processo de implantação da segurança do paciente de forma natural, para que não apenas o apliquem, mas também o repliquem quando se tornarem profissionais. Ao se formar, os profissionais assumem a responsabilidade como gestores desses cuidados prestados, e seu convívio direto com os demais profissionais propicia maior articulação para desenvolver ações voltadas para a segurança do paciente. Nosso compromisso ético estabelece o comprometimento com a saúde do ser humano e da coletividade, impondo-nos atuar na promoção, proteção e recuperação da saúde e reabilitação das pessoas. Dessa forma, preconiza-se para a seguridade do paciente uma assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência (COFEN, 2007).

Pautada nesses princípios, buscamos responder ao seguinte questionamento “Qual é a cultura de segurança do paciente sob a ótica de acadêmicos da graduação de enfermagem em uma universidade federal no sul do Brasil?” tendo como tal o objetivo de conhecer a compreensão dos acadêmicos em enfermagem em uma universidade federal no sul do Brasil a respeito da segurança do paciente a partir de seu contato com a prática.

## **METODOLOGIA**

Estudo de abordagem qualitativa, do tipo exploratório descritivo, que permite identificar diversos pontos através dos relatos dos sujeitos, propiciando explorar e compreender as opiniões, entendendo que os seres humanos são únicos e atribuem significados únicos a suas experiências. Descritivo, seguindo o preceito de que foram descritas as características, os valores e as opiniões de determinada população, fenômeno ou a relação entre variáveis, não havendo grupos nem períodos comparativos correlacionados (SILVA; MENEZES, 2001).



O ambiente de aplicação do estudo foi o Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, criado em 24 de janeiro de 1969. Oferece 74 vagas/ano, divididas em duas turmas com ingresso em março e agosto. No curso são desenvolvidas estratégias que favoreçam a formação do enfermeiro como cidadão crítico e criativo (UFSC, 2008).

Em cumprimento à Resolução nº 466/2012, o trabalho foi aprovado pelo CAAE: 24625513.9.0000.0121, de 10 de fevereiro de 2014, pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, vinculado à Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, através do sistema de submissão da Plataforma Brasil.

A população selecionada para este estudo foi constituída por 131 alunos, dos quais 28 decidiram não responder o questionário, restando uma amostra total de 103 alunos. Os critérios de inclusão foram: estar no curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, regularmente matriculado no semestre de 2014/1, nas disciplinas centrais de 4ª (quarta) a 8ª (oitava) fase de ambos os currículos em vigência. Critérios de exclusão: foram excluídos os alunos que se ausentaram ou tiveram suas matrículas trancadas por tempo superior a um mês durante o curso; ou que, por algum motivo, realizaram as atividades de forma não presencial durante o semestre; e os alunos que estiveram durante o curso ou estão em atividade de intercâmbio nacional ou internacional.

A escolha da população se prende ao fato de as disciplinas dessas fases apresentarem atividades práticas, nas quais o aluno já possui contato com o ambiente profissional e/ou atividades simuladas (laboratório), executando na prática seus conhecimentos e cultivando hábitos de segurança do paciente.

Como instrumento de coleta dos dados foi elaborado um questionário composto por quatro questões que abordavam a compreensão dos alunos sobre a segurança do paciente, sendo três delas abertas: “O que você considera ações de segurança para com o paciente?”; “Como você as põe em prática no seu dia a dia, no laboratório, nos locais de estágio curricular e/ou extracurricular?”; e “O que faz você refletir sobre a segurança do paciente no cotidiano de suas vivências?”. E uma questão fechada onde o aluno pôde optar por qual estratégia, definida no instrumento, de segurança do paciente ele necessita aprimorar-se, podendo selecionar mais de uma alternativa, ou, ainda, sugerir outra temática: “Eu gostaria de receber treinamentos /orientações adicionais em: como praticar técnicas eficazes e seguras para melhorar a assistência ao paciente; como revelar um erro a um

paciente; como prevenir erros de medicação; como incorporar o uso de listas de verificação (CheckList) para melhorar o atendimento ao paciente; como avaliar um paciente com risco de eventos adversos; como rever uma situação para identificar por que e como um erro ocorreu; como melhorar os meus registros para destacar as questões de segurança do paciente; como apoiar outras pessoas que se envolveram em um erro; como lidar com um erro no qual estou envolvido; e Outro. Qual?”

A coleta de dados foi realizada em duas etapas. A primeira deu-se na primeira semana de aula, durante um período cedido pelos professores, de forma que a pesquisadora ou seu auxiliar explicaram detalhadamente como preencher o instrumento e a relevância do estudo para produção de conhecimento, assim como a necessidade da autorização através da assinatura do TCLE, deixando-s livres para qualquer questionamento e para preencher o questionário. A segunda etapa foi a busca ativa aos acadêmicos que não se encontraram na aula durante a aplicação do questionário, busca essa feita por meio de endereço eletrônico e contato pessoal.

Para organizá-las, as questões foram transcritas manualmente em arquivos de Word® de acordo com a questão (1, 2 ou 3) e pela fase em que o aluno se encontrava (4ª fase, ... , 8ª fase). Feito isso, os dados foram exportados para o *software NVivo 10 for Windows®*, onde foram analisados, pois esse é um recurso que auxilia na organização e na estruturação, promovendo uma visão mais ampla dos dados qualitativos (LAGE, 2011).

Para análise foi adotada a metodologia organizacional da Análise de Conteúdo de Bardin (2009), conjunto de técnicas que analisa a comunicação utilizando procedimentos sistemáticos e objetivos da descrição dos conteúdos das mensagens.

Em primeiro momento foi analisado o conteúdo no plano cronológico e epistemológico; no segundo, após leitura exaustiva das questões, trabalhou-se com a associação das palavras; e no terceiro e quarto momento, foram organizadas a análise, codificação de resultados, categorização e interferências das informações com auxílio do software. Foram utilizados também os três polos de organização na Análise de Conteúdo: pré-análise; exploração do material; e tratamento dos resultados (BARDIN, 2009).

Durante todo o processo de análise dos artigos foram considerados os preceitos de Fishbein e Ajzen através da Teoria da Ação Planejada e da Teoria da Ação Racional, que no presente estudo se destinam a entender crenças, normas subjetivas, vivência, variáveis

externas e hábitos (crenças sobre o controle) relacionados à cultura de segurança do paciente, presentes nos alunos, a fim de compreender suas atitudes e seu comportamento.

## **RESULTADOS**

Primeiramente foram identificadas as informações relativas à questão 1 do instrumento, categorizadas com base na leitura exaustiva dos dados e estudo dos termos e temáticas que permeiam a segurança do paciente. Esses dados foram categorizados levando em consideração os principais pontos abordados em cada categoria e o objetivo da questão, em que o acadêmico deveria expressar, sua concepção sobre ações de segurança, a forma como poderia demonstrar e confirmar a dimensão da cultura de segurança do paciente que ele já tem estabelecida e/ou que está em processo de desenvolvimento, assim como as potencialidades e dificuldades de entendimento do tema (Tabela 5).

**Tabela 5:** Categorização dos dados qualitativos relativos à questão 1 (O que você considera ações de segurança para com o paciente?)

Respostas	4ª Fase		5ª Fase		6ª Fase		7ª Fase 1		7ª Fase 2		8ª Fase		Total		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Respondidas	28	93	10	91	17	89	07	77	10	66	17	89	89	86	
Em branco	02	07	01	09	02	11	02	23	05	34	02	11	14	14	
Total	30	100	11	100	19	100	09	100	15	100	19	100	103	100	
Categorias das respostas	Menções/Referências														Principais pontos abordados
	4ª Fase		5ª Fase		6ª Fase		7ª Fase 1		7ª Fase 2		8ª Fase		Total		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
1. Biossegurança	13	26	02	8	03	9	03	12	02	12	04	10	27	13	1. Utilização de equipamentos de proteção individual 2. Lavagem das mãos 3. Controle de infecção
2. Cuidados com medicação	11	22	08	32	09	26	05	21	03	16	11	25	47	24	1. Identificação do paciente 2. Cuidado no preparo e administração 3. Atenção em realizar tarefas
3. Aptidão profissional	09	18	02	8	05	14	-	-	04	22	08	18	28	14	2. Treinamentos e capacitações 3. Conhecimento teórico e prático 4. Desenvolvimento coletivo 5. Relacionamento de equipe 6. Integridade do profissional
4. Integridade do paciente	11	22	08	32	10	28	04	17	03	16	10	23	45	23	1. Manter integridade física e psíquica 2. Identificação de riscos 3. Respeito e bem-estar 4. Humanização e cuidado 5. Higiene e conforto 6. Prevenção de úlceras
5. Prevenção de quedas	02	4	02	8	04	11	05	21	03	16	07	16	23	12	1. Cuidado no transporte 2. Grades elevadas 3. Cuidados na movimentação 4. Ambiente
6. Realização de Procedimentos	04	8	02	8	03	9	03	12	02	12	02	4	16	9	1. Técnica correta 2. Preparo do procedimento 3. Utilização de protocolos
7. Informações	-	-	01	4	01	3	04	17	01	6	02	4	09	5	1. Registro do paciente 2. Orientação do paciente e familiar 3. Informação da equipe 4. Sistematização do cuidado
TOTAL:	50	100	25	100	35	100	24	100	18	100	44	100	196	100	

**Fonte:** Desenvolvida pela pesquisadora

Na sequência foi aplicada igual metodologia com a questão 2 do instrumento, considerando a compreensão do seu objetivo, que era

analisar a congruência entre o entendimento teórico sobre a segurança do paciente e sua potencial aplicação prática (Tabela 6).

**Tabela 6:** Categorização dos dados qualitativos relativos à questão 2 (Como você coloca em prática as ações de segurança do paciente no seu dia a dia, no laboratório, nos locais de estágio curricular e ou extracurricular?)

Respostas	4ª Fase		5ª Fase		6ª Fase		7ª Fase 1		7ª Fase 2		8ª Fase		Total		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Respostas	24	80	09	81	15	78	06	66	10	66	15	78	79	76	
Em branco	06	20	02	19	04	22	03	34	05	34	04	22	24	24	
Total	30	100	11	100	19	100	09	100	15	100	19	100	103	100	
Categorias	Menções/Referências												Principais pontos abordados		
	4ª Fase		5ª Fase		6ª Fase		7ª Fase 1		7ª Fase 2		8ª Fase			Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
1. Aperfeiçoamento profissional	05	14	04	33	01	04	-	-	04	25	01	05	15	13	1. Atualização 2. Estudos 3. Pesquisas
2. Comportamento individual e coletivo	09	26	01	09	08	30	01	20	06	37	10	45	35	30	1. Agir com coerência, honestidade, ética e respeito. 2. Agir com segurança 3. Responsabilidade
3. Cuidados com procedimentos	07	20	-	-	05	18	01	20	01	07	06	28	20	17	1. Revisar os procedimentos 2. Técnicas corretas 3. Realizar da melhor forma possível 4. Certos da medicação
4. Cuidados de Biossegurança	10	29	04	33	04	15	02	40	-	-	02	09	22	19	1. Utilização de EPIs 2. Controle de infecção 3. Higiene das mãos 4. Utilizar protocolos
5. Cuidado com o paciente	04	11	03	25	09	33	01	20	05	31	03	13	25	21	1. Paciente e sua individualidade 2. Estabelecer prioridades e planejamento de acordo com as necessidades 3. Orientações 4. Suporte biopsico-social 5. Cuidados com o ambiente
TOTAL	35	100	12	100	27	100	05	100	15	100	22	100	117	100	

**Fonte:** Desenvolvida pela pesquisadora

Posteriormente foi aplicada a metodologia também à questão 3, com o objetivo de entender as fundamentações/potencialidades/pilares nos quais o acadêmico busca recursos para seu aprendizado e toma como exemplo para atitudes que levam a comportamentos (Tabela 7).

**Tabela 7:** Categorização dos dados qualitativos relativos à questão 3 (O que faz você refletir sobre a segurança do paciente no cotidiano de suas vivências?).

Respostas	4ª Fase		5ª Fase		6ª Fase		7ª Fase 1		7ª Fase 2		8ª Fase		Total		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Respondidas	25	83	09	81	16	84	06	66	10	66	14	78	80	77	
Em branco	05	17	02	19	03	16	03	34	05	34	05	22	23	23	
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>11</b>	<b>100</b>	<b>19</b>	<b>100</b>	<b>09</b>	<b>100</b>	<b>15</b>	<b>100</b>	<b>19</b>	<b>100</b>	<b>103</b>	<b>100</b>	
Categorias	Menções/Referências													Principais pontos abordados	
	4ª Fase		5ª Fase		6ª Fase		7ª Fase 1		7ª Fase 2		8ª Fase		Total		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
1. Empatia com o paciente	09	34	03	34	01	06	-	-	03	30	03	21	19	24	1. Colocar-se no lugar do paciente 2. Paciente com o dependente do cuidado 3. Colocar o paciente no lugar de um familiar
2. Erros de outros profissionais	10	38	06	66	10	55	02	66	04	40	05	36	37	46	1. Erros realizados por profissionais 2. Situações em que os profissionais expõem o paciente a riscos
3. Atuação profissional	06	24	-	-	04	23	-	-	01	10	05	36	16	20	1. Estudos teóricos e discussões 2. Comparar atitudes práticas com as indicações teóricas 3. Reflexão das ações 4. Responsabilidade profissional 5. Sobrecarga da equipe 6. Próprio erro.
4. Próprio erro	01	04	-	-	03	16	01	34	02	20	01	07	08	10	1. Reflexão dos erros que cometem. 2. Riscos
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	<b>100</b>	<b>09</b>	<b>100</b>	<b>18</b>	<b>100</b>	<b>03</b>	<b>100</b>	<b>10</b>	<b>100</b>	<b>14</b>	<b>100</b>	<b>80</b>	<b>100</b>	

**Fonte:** Desenvolvida pela pesquisadora

Para rever as informações da questão 4, foi realizada uma análise descritiva através da frequência e porcentagem das respostas (Tabela 8), por tratar-se de questão de múltipla escolha. Apenas na última alternativa (outro) havia espaço para informação qualitativa complementar, o qual não foi preenchido por nenhum participante.

Esta questão propôs que o aluno optasse pela estratégia, definida no instrumento, de segurança do paciente, em que ele necessita aprimorar-se, podendo selecionar mais de uma alternativa, ou ainda, sugerir outra temática.

**Tabela 8** – Análise descritiva dos dados relativos à questão 4 (Eu gostaria de receber treinamentos /orientações adicionais em:)

<b>Opção</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Como praticar técnicas eficazes e seguras para melhorar a assistência ao paciente;	61	59
Como revelar um erro a um paciente;	62	60
Como prevenir erros de medicação;	51	50
Como incorporar o uso de listas de verificação (check list) para melhorar o atendimento ao paciente;	36	34
Como avaliar um paciente com risco de eventos adversos	66	64
Como rever uma situação para identificar por que e como um erro ocorreu;	49	47
Como melhorar meus registros para destacar as questões de segurança do paciente;	51	49
Como apoiar outras pessoas que se envolveram em um erro;	45	43
Como lidar com um erro no qual estou envolvido;	66	64
Outro.	1	1

**Fonte:** Desenvolvida pela pesquisadora

## DISCUSSÃO

Analisando sob a ótica do referencial teórico-filosófico adotado percebemos que muitas falas e categorias encontradas se relacionam diretamente a dimensões ligadas a crenças e normas subjetivas. Isso se torna presente quando os acadêmicos, questionados sobre questões mais teóricas, trazem fundamentações tanto empíricas quanto voltadas para normativas e protocolos e afirmam, na questão prática, ações relacionadas às mesmas dimensões. Isso nos faz questionar de que forma podemos utilizar essas articulações para construir um processo solidificado, pois alguns aspectos, como a fundamentação científica, ainda apresentam fragilidades. Para um resultado positivo, crenças, conhecimento científico, experiências e normas devem estar alinhados e ponderados (AJZEN; FISHBEIN, 1977).

Ao analisarmos as respostas da primeira questão, que buscava identificar a compreensão dos acadêmicos sobre o que eles consideravam ações de segurança do paciente, emergiram sete categorias, das quais a mais citada foi cuidados com medicações (24%), em que as principais falas sugeriam a identificação da medicação e os cuidados no preparo,

corroborando as campanhas que vêm sendo realizadas em prol da segurança do paciente, em que se sobressai a medicação segura, que vem dando visibilidade a essa temática através de protocolos de orientação e campanhas encetadas pelos órgãos governamentais. Um deles é o Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos, elaborado pela ANVISA, Ministério da Saúde e Fiocruz, que almeja promover práticas seguras no uso de medicamentos em estabelecimentos de saúde, tornando-se referência nacional no desenvolvimento da temática (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Dessa forma, o reconhecimento por parte dos acadêmicos vai ao encontro da literatura que traz como o processo de formação o principal responsável pela instituição de uma cultura de segurança positiva e desenvolvimento de estratégias para com a manipulação de medicamentos e prevenção de erros de medicação. Além da grande visibilidade que esse tipo de erro vem tendo através da mídia e por ser um dos erros mais comuns que comprometem a segurança do paciente (FASSARELLA; BUENO; SOUZA, 2013).

E a segunda mais citada foi a integridade do paciente (23%), onde os pontos mais abordados nas falas foram relacionadas a manter integridade física e psíquica; Identificar riscos; Respeito e bem-estar; Humanização e cuidado; Higiene e conforto; e Prevenção de úlceras.

Quando avaliamos essas falas, identificamos que foram contempladas ações bem pontuais, de forma que em nenhum momento os acadêmicos expressaram a abordagem articular e sistemática da segurança do paciente como algo amplo, donde se conclui que ao mesmo tempo que eles têm noção do que permeia a segurança do paciente, eles não conseguem vê-la como um processo que passa por diversas etapas interligadas, desde a formação dos profissionais e estruturação das instituições, até prevenção do erro, ou a redução de danos de um erro já consumado.

A segunda questão se voltava para compreender como eles articulavam os conhecimentos teóricos sobre a segurança do paciente com as experiências que realizavam nos estágios e atividades práticas, das quais surgiram 5 categorias, sendo as mais citadas: o comportamento individual e coletivo (30%), abordando o agir com coerência, honestidade, ética e respeito; agir com segurança; e a responsabilidade.

Outra categoria emergente desse tópico foi o cuidado com o paciente (21%), citando o paciente e sua individualidade; estabelecer prioridades e planejamento de acordo com as necessidades; orientações; suporte biopsicossocial; e cuidados com o ambiente. Essa reflexão



dirigida à integridade do paciente é importante para o desenvolvimento do perfil profissional.

Num artigo de Lazzari, Jacobs e Jung (2012, pg 118), no qual os autores buscaram compreender como enfermeiros realizam assistência humanizada diante dos aprendizados adquiridos em sua vivência acadêmica, mostrou que a forma como foram instruídos e os exemplos que tiveram durante sua formação influenciaram na maneira como viam o cuidado e as condutas realizadas junto ao paciente. Segundo esse autores uma das competências descritas nas Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, apresenta, entre seus objetivos, “a garantia da capacitação dos profissionais de saúde em relação à autonomia e ao discernimento, a fim de assegurar a integralidade da atenção e a humanização do atendimento dos indivíduos, das famílias e da comunidade”.

A terceira questão indagava o que os fazia refletir sobre a segurança do paciente, verificando que o erro dos outros (46%) os faziam pensar na segurança do paciente, ou em situações que os profissionais expuseram o paciente a riscos; em seus relatos, eles deram a entender que a análise do erro não pode ser individual, mas sistêmica, e que cada vez mais a assistência à saúde é desenvolvida em ambientes dinâmicos e especializados onde ocorrem interações complexas entre fisiopatologia, doença, equipe, infraestrutura, equipamentos, processos, normas e procedimentos. Identificou-se também que uma efetiva estratégia de prevenção é trabalhar com mais cuidado, o que reflete uma visão voltada para o indivíduo e para a cultura de segurança que abrange o sistema como um todo e não apenas o ato errado de um profissional, de forma que a prevenção da ocorrência de erros não está relacionada exclusivamente à mudança de conduta dos profissionais, corroborando outros estudos que trazem também uma reflexão madura e atualizada dos acadêmicos acerca dos erros, fugindo do modelo punitivista (YOSHIKAWA *et al.*, 2013).

Outro ponto também abordado nesta questão foi a empatia (24%), ou seja, a capacidade de se colocar no lugar do paciente ou de um familiar, ou ainda ver o paciente como dependente do cuidado. Essas questões foram abordadas de forma mais empírica e às vezes encaradas pelo viés de caridade, situação essa que permeia a enfermagem desde os primórdios de sua história, que por um período de tempo, na era vitoriana, era praticada por ordens religiosas ligadas à igreja ou ao serviço doméstico, com características maternas. Tinha um caráter humanitário e não era considerada como uma prestação de serviços. Por mais que essa mentalidade venha mudando desde Florence Nightingale,

essa visão retrógrada ainda está presente nas fundamentações sociais e acaba por influenciar na formação dos profissionais enfermeiros, priorizando os ideais de fraternidade e altruísmo, sobre o fato de a enfermagem construir-se como profissão com bases científicas e com a especificidade de cuidar do outro (PADILHA; MANCIA, 2005).

Quando questionados sobre o que desejavam aprimorar dentro da temática da segurança do paciente, a maioria dos acadêmicos assinalou questões que envolviam o erro, avaliação de risco e técnicas para melhorar a segurança, resultados esses que corroboram outros estudos, como um realizado na Califórnia em 2013 que buscou compreender a percepção dos alunos de medicina sobre a cultura de segurança do paciente. Nesse estudo, os alunos revelaram o desejo de receber uma formação complementar a respeito de segurança do paciente para melhorar a sua experiência educacional, pois se sentem inseguros e indecisos sobre a ação a ser tomada, principalmente quando se deparam com o erro ou com o risco de ele ocorrer (BOWMAN; NEEMAN; SEHGAL, 2013). Isso reflete a necessidade do aprimoramento científico, demonstrando mais uma vez que essa lacuna ainda é um desafio para o estabelecimento da cultura de segurança.

Porém, se bem analisado, é um dos pontos mais palpáveis de transformação em potencialidade, visto que é a mudança das crenças e culturas que já acompanham os acadêmicos desde sua formação como ser social; é mais complexa do que o processo de conhecimento e aprendizado que pode ser construído na parceria instituição-sujeito e sociedade. Há que se considerar também que o acesso à informação permite que o sujeito reavalie seus valores culturais, reestruturando suas crenças e proporcionando uma mudança de hábitos e atitudes, de forma que a informação, discussão e expressão constituem o início de uma mudança construtiva, estruturada e positiva (AJZEN; FISHBEIN, 1977; BOWMAN; NEEMAN; SEHGAL, 2013; MOUTINHO; ROAZZI, 2010).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Antes de executarmos qualquer ação ou pensarmos estratégias para o desenvolvimento da cultura de segurança do paciente, é importante compreendermos o entendimento que as pessoas envolvidas têm sobre a temática e quais são os fatores que a permeiam, principalmente quando partimos do princípio que diversas questões culturais, não apenas de cunho individual, mas também de

responsabilidade coletiva, estão envolvidas, sendo necessário reconhecer as potencialidades e fragilidades dentro desse processo.

Através desse estudo pudemos identificar que os acadêmicos tem um conhecimento sobre a cultura de segurança, mas ainda está relacionado com o empirismo de suas vivências e não apenas na academia, mas também de suas experiências no decorrer da vida. Portanto, ainda carecem de uma sustentação teórica e de uma conexão racional das ações a serem realizadas fundamentais para a execução de um cuidado seguro.

A academia facilita o desenvolvimento dessas habilidades partindo do princípio que é um local que oportuniza um espaço adequado para a discussão das ações, possuindo estrutura para trabalhar os aspectos de formação de um profissional crítico.

Portanto, há necessidade da formulação de novas metodologias que propiciem uma estratégia efetiva para o desenvolvimento da educação para segurança do paciente no processo de formação do enfermeiro, considerando as crenças já trazidas por eles e fortalecendo o desenvolvimento teórico científico para uma visão ampliada, articulada e fundamentada da segurança do paciente.

## REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2004.

BOWMAN, Chelsea; NEEMAN, Naama; SEHGAL, NirajL.. Enculturation of Unsafe Attitudes and Behaviors: Student Perceptions of Safety Culture. **AcadMed**, San Francisco, California, v. 88, n. 6, p.802-810, jun. 2013.

COFEN (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM). **Resolução Cofen nº 311/2007**. Código de ética dos profissionais de enfermagem. Fevereiro de 2007. Rio de Janeiro. Disponível em: <[http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-3112007\\_4345.html](http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-3112007_4345.html)>. Acessoem: 04 Junho 2013.

CORRAL-MULATO S, BALDISSERA VDA, SANTOS JL, PHILBERT LAS, BUENO SMV. Estresse na vida do acadêmico em enfermagem. (Des)conhecimento e prevenção. **InvestEducEnferm**. 2011; 29(1):109 – 117.

DE GASPERI, Patrícia. **O cuidar de si como uma dimensão da cultura de segurança do paciente**. 2013. 253p. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

FASSARELLA, Cintia Silva; BUENO, Andressa Aline Bernardo; SOUZA, Evandro Cosme Castro de. **SEGURANÇA DO PACIENTE NO AMBIENTE HOSPITALAR: OS AVANÇOS NA PREVENÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS NO SISTEMA DE MEDICAÇÃO**. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, Rio de Janeiro, p.1-8, 2013. Disponível em: <<http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/rcs/article/viewFile/1897/907>>. Acesso em: 10 out. 2014.

FLIN, R.; WINTER, J.; SARAC, C.; RADUMA, M. **Human Factors in Patient Safety: Review of Topics and Tools**. Report for Methods and Measures Working Group of WHO Patient Safety. Geneva: World Health Organization, 2009.

LAZZARI, Daniele Delacanal; JACOBS, Lilian Gabrielle; JUNG, Walnice. Humanização da assistência na enfermagem a partir da formação acadêmica. **RevEnfermUfsm**, Florianópolis, v. 1, n. 2, p.116-124, 2012.

LAGE, M. C. Utilização do software NVivo e m pesquisa qualitativa: uma experiência em EaD. **ETD – Educ. Tem. Dig.**, Campinas, v.12, n.esp., p.198-226, mar. 2011. **ETD – Educ. Tem. Dig.**, Campinas, v.12, n.esp., p.198-226, mar, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria Nº 529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [acesso em 2014 Jun15]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html)

MOUTINHO, K.; ROAZZI, A.; AS TEORIAS DA AÇÃO RACIONAL E DA AÇÃO PLANEJADA: RELAÇÕES ENTRE INTENÇÕES E COMPORTAMENTOS. **Avaliação Psicológica**, Recife, v. 2, n. 9, p.279-287, 2010. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-04712010000200012&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-04712010000200012&script=sci_arttext)>. Acesso em: 30 abr. 2013.

PADILHA MICS, MANCIA JR. Florence Nigthingale e as irmãs de caridade: revisitando a história. **RevBrasEnferm.** 2005 nov-dez; 58(6):723-6.

RADÜNZ, V.; CARRARO, T. E. Cuidar de si para cuidar do outro. In: REIBNITZ, K. et al. **O processo de cuidar, ensinar e aprender o fenômeno das drogas:** políticas de saúde, educação e Enfermagem. Módulo 2- especialização no fenômeno das drogas área de redução da demanda. Florianópolis: Departamento de Enfermagem/UFSC, 2003, p. 99-112.

SANTOS, Viviane Euzébia Pereira. **O cuidar de si no contexto acadêmico da enfermagem e a segurança do paciente.** 2009. 160 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

SILVA, E. L.; MENEZES, E. M. **Metodologia de pesquisa e elaboração de dissertação.** 3. ed. Rev. atual. Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 2001.

THOMAS, E.J.; SHERWOOD, G.D.; MULHOLLEM, J.L. et al. Working together in the neonatal intensive care unit: provider perspectives. **J Perinatol**, Disponível em: <<http://www.readcube.com/articles/10.1038/sj.jp.7211136>> Acesso em 03 Junho 2013

Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. Guia dos estudantes do curso de graduação em enfermagem / Universidade Federal de Santa Catarina; coordenadoras Sayonara de Fátima Faria Barbosa, Lucia Nazareth Amante, Astrid EggertBoehs.-Florianópolis, 2008.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety v1.1. Final TechnicalReportandTechnicalAnnexes, 2009. Disponível em :<<http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/en/>>Acesso em: 16 setembro 2013.

WOODS, D.M.; HOLL, J.L.; SHONKOFF, J.P. et al. Child-specific risk factors and patient safety. **J Patient Saf**, v. 1, p. 17–22, 2005.

ZAMBON, L.S. **Classificação Internacional para a Segurança do Paciente da OMS**: Sistema de Resiliência.MedicinaNet, 2010. Disponível em: <[http://www.medicina.net/conteudos/gerenciamento/3018/classificacao\\_internacional\\_para\\_a\\_seguranca\\_do\\_paciente\\_da\\_oms\\_%E2%80%93\\_sistema\\_de\\_resiliencia.htm](http://www.medicina.net/conteudos/gerenciamento/3018/classificacao_internacional_para_a_seguranca_do_paciente_da_oms_%E2%80%93_sistema_de_resiliencia.htm)>. Acesso em: 26 Maio 2013.

ZAMBON, L.S. **Riscos e eventos adversos**: uma realidade alarmante. MedicinaNet. Disponível em:<<http://www.medicinanet.com.br/ler.vxlpub?codconteudo=901&menu=gerenciamento>>. Atualizado em 04/03/2009. Acesso em: 02 de Junho de 2013.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo nos fez refletir sobre como os acadêmicos de Enfermagem avaliam a cultura de segurança do paciente,. Pudemos identificar nas falas as diversas lacunas que existem, dentre as quais se destaca o processo de formação dos profissionais. Exige-se muito do profissional enfermeiro como articulador e gestor de um cuidado seguro, mas há necessidade de fortalecimento do processo de formação para fundamentar suas ações.

São apontadas fragilidades na compreensão da estrutura da segurança do paciente, no reconhecimento do acadêmico como personagem dessa tecnologia de cuidado, assim como a segurança como processo transversal das ações de saúde. E a instituição de ensino é uma das responsáveis pela reestruturação desse sistema, tornando-o potencial para proporcionar uma mudança nessa cultura de segurança que se apresenta negativa, iniciando pela reflexão do tempo que é destinado para formação no tema e das estratégias adotadas.

Outro fator que deve ser levado em consideração é a compreensão cultural dos acadêmicos que carregam consigo crenças e valores, que podem ser pontos fortes como a higienização das mãos, aprendida desde a infância ou fragilidades para lidar com a segurança do paciente, na adoção de uma cultura punitiva que responsabiliza unicamente o sujeito pelas consequências de seus erros.

, até o Aponta-se como fragilidade deste estudo a exclusão das fases iniciais do curso, anterior ao contato com a prática, para entender onde se iniciam as implicações culturais e o contato com as informações relacionadas à segurança do paciente.

Deixa-se como sugestões para estudos posteriores a análise das ementas curriculares a fim de levantar o tempo que é destinado para discussão do tema e também como é trabalhado o erro no ambiente de ensino simulado e atividade teórico/prática, pois a abordagem do estudo é inédita, proporcionando a sensibilização de que precisamos manter um olhar atento à fundamentação profissional para a segurança do paciente, que tem seu início na academia.





## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA .  
**Anvisa promove debate sobre segurança do paciente no Brasil.**

Brasília, 2007. Disponível em:

<<http://www.anvisa.gov.br/DIVULGA/noticias/2007/171007.htm>>.

Acesso em: 06 Junho 2013.

\_\_\_\_\_. Constituição (2013). Resolução - Rdc nº N° 36, de 25 de janeiro de 2013. **Resolução - Rdc N° 36, de 25 de Julho de 2013**. Brasília , DF,

\_\_\_\_\_. Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde.  
**Boletim Informativo**, Brasília, v. 1, n. 1. p. 1-12, 2011.

\_\_\_\_\_. (Org.). **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**. Brasília: Anvisa, 2013. 172 p. (Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde).

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY -  
AHRQ. **Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2010 Comparative Database Report.**, No. 10-0026 March 2010.

AJZEN, I. & FISHBEIN, M (1977). **Attitude-behavior relations: A** theoretical analysis and review of empirical research. *Psychological Bulletin*, 84, 888-918.

BARBETA , P. A. ; REIS, M. M. ; BORNIA, A. C. **Estatística para Cursos de Engenharia e Informática 3 ed.** São Paulo: Editora Atlas, 2010

BARBOSA, S. F. F; ROCHA, P. K. **Cultura de segurança: disciplina –** tópico especial: segurança do paciente. Notas de aula. Florianópolis: UFSC, 2010.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2004.

BEAUCHAMP, T. L; CHILDRESS, J. F. 1994. *Principles of Biomedical Ethics*, 4<sup>th</sup> ed. New York: Oxford University Press.

BOWMAN, Chelsea; NEEMAN, Naama; SEHGAL, Niraj L..  
Enculturation of Unsafe Attitudes and Behaviors: Student Perceptions of  
Safety Culture. **Acad Med**, San Francisco, California, v. 88, n. 6, p.802-  
810, jun. 2013.

BUB, M.B.C. **Ética e prática profissional em saúde**. Texto contexto -  
enferm. [online]. 2005, vol.14, n.1, pp. 65-74.

CASSIANI, S. H. B. Enfermagem e a Pesquisa sobre Segurança dos  
Pacientes. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n.6, 2010.

CASTRO, J. E.C. et al. **Gutis: Guia da UTI Segura**. 1. ed. São Paulo:  
Associação de Medicina Intensiva Brasileira, 2010. Disponível em:  
<[http://www.orgulhodeserintensivista.com.br/PDF/Orgulho\\_GUTIS.pdf](http://www.orgulhodeserintensivista.com.br/PDF/Orgulho_GUTIS.pdf)  
>. Acesso em: 28 Maio 2013.

CARVALHO, Rhanna Emanuela Fontenele Lima de. **Adaptação  
Transcultural do Safety Attitudes Questionnaire Para o Brasil -  
Questionário de Atitudes de Segurança**. 2011. 173 f. Tese  
(Doutorado) - Curso de Enfermagem, Programa de Pós-graduação em  
Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto  
da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

COFEN (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM). **Resolução  
Cofen nº 311/2007**. Código de ética dos profissionais de enfermagem.  
Feveiro de 2007. Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. Disponível em: <  
[http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-3112007\\_4345.html](http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-3112007_4345.html) >.  
Acesso em: 04 Junho 2013.

COLLA, J. B. et al. Measuring patient safety climate: a review of  
surveys. **NCBI**, Hanover, NH, 2005.

COLLA, J.B.; BRACKEN, A.C.; KINNEY, L.M. Measuring patient  
safety climate: a review of surveys. **Quality and Safety in Health Care**  
Disponível em: <  
[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1744072/pdf/v014p0036  
4.pdf](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1744072/pdf/v014p00364.pdf)> Acesso em 03 Junho 2013

CORRAL-MULATO S, BALDISSERA VDA, SANTOS JL,  
PHILBERT LAS, BUENO SMV. Estresse na vida do acadêmico em

enfermagem. (Des)conhecimento e prevenção. **Invest Educ Enferm.** 2011; 29(1):109 – 117.

DE GASPERI, Patrícia. **O cuidar de si como uma dimensão da cultura de segurança do paciente.** 2013. 253p. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

EDMONSON, A.C. Learning from failure in health care: frequente opportunities, pervasive barriers. **Quality and Safety in Health Care**, v. 13, Suppl II, p. ii3-ii9, 2004.

FLIN, R.; BURNS, C.; MEARNS, K.; YULE, S.; ROBERTSON, EM. Measuring safety climate in health care. **Qual Saf Health Care**, Disponível em: <

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2464831/>> Acesso em 03 Junho 2013

FLIN, R.; WINTER, J.; SARAC, C.; RADUMA, M. **Human Factors in Patient Safety: Review of Topics and Tools.** Report for Methods and Measures Working Group of WHO Patient Safety. Geneva: World Health Organization, 2009.

FRANCO, A. La seguridad clínica de los pacientes: entendiendo el problema. **Colomb. Méd**, p. 130-133, 2005.

GOTO, Roberto. O Referencial Teórico como Problema. **Argumentos Revista de Filosofia**, São Paulo, n. 4, p.19-27, 2010.

GULDENMUND, FW. The nature of safety culture: a review of theory and research. **Safety Science**, v. 34, n. 1-3, p. 215-257, 2000. Disponível em: <<http://academics.ewi.tudelft.nl/live/binaries/55e4afad-b4c5-4e33-b60c-68a9c6bcfc3c/doc/safetyscience2000.pdf>>. Acesso em: 01 Junho de 2014.

HARDY, E. **Instruções para escrever um projeto de pesquisa.** Campinas: Macroven Gráfica, 2002.

LEUNG, Gk; PATIL, Ng. Patient safety in the undergraduate curriculum: medical students' perception. **Hong Kong Med Journal**, Hong Kong, v. 2, n. 16, p.1001-105, 2010.

HSC (HEALTH AND SAFETY COMMISSION). **Organizing for safety:** Third report of the human factors study group of ACSNI. Sudbury: HSE Books, 1993.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM) . **Patient safety:** achieving a new standart for care. Washington, DC: National Academy Press, 2004.

\_\_\_\_\_. **Crossing the quality chasm:** A new health system for the 21st century. Washington, DC: National Academy Press, 2001.

\_\_\_\_\_. **To Err is Human:** Building a Safer Health System. Washington, DC: National Academy Press, 2000.

JCR - JOINT COMMISSION RESOURCES. A Check-up for Safety Culture in “My Patient Care Area”. **The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety**, Oakbrook Terrace, Illinois, v. 33, n. 11, p. 699-703, nov. 2007.

LAGE, M. C. Utilização do software NVivo e m pesquisa qualitativa: uma experiência em EaD. ETD – Educ. Tem. Dig., Campinas, v.12, n.esp., p.198-226, mar. 2011. ETD – Educ. Tem. Dig., Campinas, v.12, n.esp., p.198-226, mar, 2011.

LEAPE, L.L. New world of patient safety. **Archives of Surgery**, v. 144, n. 5, p. 394-398, May. 2009. Disponível em: <<http://archsurg.ama-assn.org/cgi/reprint/144/5/394.pdf>> . Acesso em: 31Maio 2013.

MAEDA, Shoichi et al. Patient safety education at Japanese nursing schools: results of a nationwide survey. **Bmc Research Notes**, Fujisawa, Kanagawa, v. 4, n. 416, p.2-7, 2011.

MARINHO, M. M. **Cuidado de enfermagem e a cultura de segurança do paciente:** um estudo avaliativo em unidades de internação cirúrgica. 2012. 135p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

MARX, D. **Patient safety and the “Just Culture”:** A primer for health care executives: In support of Columbia University. NIH R01 HI53772. 2001. Disponível em:

<<http://www.psnet.ahrq.gov/resource.aspx?resourceID=1582>>. Acesso em: 30 Maio 2013.

MELLO, Janeide Freitas de. **Cultura de segurança do paciente em unidade de terapia intensiva: perspectiva da enfermagem**. 2011. 219f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

MENDES W, MARTINS M, ROZENFELD S, TRAVASSOS C. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. **Int J Qual Health Care** 2009; 21(4):279-284.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Congresso. Senado. Constituição (2013). **Portaria Nº 529, de 1º de Abril de 2013**. Brasília, DF

\_\_\_\_\_. **Portaria Nº 529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [acesso em 2014 Jun 15]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html)

MISIAK, Marciele. **Patient safety culture in the perspective of the nursing team from a cardiovascular institution**, 2013, 107 p. Dissertation (Master's Degree on Nursing) at the Nursing Post-Graduation Program, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

MOUTINHO, K.; ROAZZI, A.; AS TEORIAS DA AÇÃO RACIONAL E DA AÇÃO PLANEJADA: RELAÇÕES ENTRE INTENÇÕES E COMPORTAMENTOS. **Avaliação Psicológica**, Recife, v. 2, n. 9, p.279-287, 2010. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-04712010000200012&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-04712010000200012&script=sci_arttext)>. Acesso em: 30 abr. 2013.

NASSAR, S.M.; WRONSCKI, V.R.; OHIRA, M. et al. **SEstatNet** – Sistema Especialista para o Ensino de Estatística na Web. URL de acesso: <http://www.sestat.net>. Florianópolis - SC, Brasil. Acessado em 15 set. 2013.

NIEVA, V.F.; SORRA, J.S. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. **Quality & Safety in Health Care**, v. 12, Suppl 2, p. ii17-23, Dez. 2003. Disponível em:<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1765782/pdf/v012p0ii17.pdf>>. Acesso em: 01 Junho 2013.

NIGHTINGALE, F. **Notes on Hospitals**. 3. ed. London: Longman, Green, Longman, Roberts, and Green 1863. Disponível em:<[http://www.archive.org/stream/cu31924012356485/cu31924012356485\\_djvu.txt](http://www.archive.org/stream/cu31924012356485/cu31924012356485_djvu.txt)>. Acesso em: 14 Maio 2013.

PAESE, Fernanda. **Cultura da Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde**. 2010. 181p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

PASQUALI, L. Psicometria. **Revista da Escola de enfermagem da USP**, São Paulo, v.43, dez. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342009000500002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000500002)>. Acesso em: 01 Junho de 2014.

PEDREIRA, M.L.G. Erro humano no sistema de saúde. In: PEDREIRA, M.L.G.; HARADA, M.J.C.S. **Enfermagem dia a dia: segurança do paciente**. São Paulo: Yendis Editora, 2009.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

RADÜNZ, V.; CARRARO, T. E. Cuidar de si para cuidar do outro. In: REIBNITZ, K. et al. **O processo de cuidar, ensinar e aprender o fenômeno das drogas: políticas de saúde, educação e Enfermagem**. Módulo 2- especialização no fenômeno das drogas área de redução da demanda. Florianópolis: Departamento de Enfermagem/UFSC, 2003, p. 99-112.

REASON, J. Human error: models and management. **British Medical Journal**, v. 320, n. 7237, p. 768-770, 2000. Disponível em: <<http://www.bmj.com/content/320/7237/768.full.pdf>>. Acesso em: 14 Maio 2013.

\_\_\_\_\_. **Organizational Accidents: The Management of Human and Organizational Factors in Hazardous Technologies.** Cambridge: Cambridge University Press, 1997.

REBRAENSP-SP (REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA POLO SÃO PAULO). Arquivo do Blog [Internet] São Paulo: REBRAENSP-SP, 2009. Disponível em: <<http://redesegurancars.blogspot.com/2011/02/rebraensp-polo-rio-grande-do-sul.html>>. Acesso em: 04 Junho 2013.

REZENDE, E. **Intensivista - segurança para o paciente e tranquilidade para a família: a campanha.** Associação Brasileira de Medicina Intensiva, 2010. Disponível em: <<http://www.orgulhodeserintensivista.com.br/campanha.2010.html>>. Acesso em: 04 Junho 2013.

SANTOS, Viviane Euzébia Pereira. **O cuidar de si no contexto acadêmico da enfermagem e a segurança do paciente.** 2009. 160 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

SEPAESC (POLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM SANTA CATARINA). **Segurança do paciente, cultura de segurança, enfermagem, cuidado, tecnologia, teleenfermagem, rede.** Disponível em: <<http://polosepaesc.ning.com/>> Acesso em: 05 04 Junho 2013.

SEXTON, J. B. et al. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. **BMC Health Services Research**, p. 6-44, 2006.

SEXTON, J.B. et al. **Frontline assessments of healthcare culture: safety attitudes questionnaire norms and psychometric properties - Technical Report 04-01.** University of Texas: Center of Excellence for Patient Safety Research and Practice, 2004.

SILVA, E. L.; MENEZES, E. M. **Metodologia de pesquisa e elaboração de dissertação.** 3. ed. Rev. atual. Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 2001.

SINGER, S.J. et al. The culture of safety: results of an organization-wide survey in 15 California hospitals. **Quality & Safety in Health Care**, v. 12, n. 2, p. 112-118, Apr. 2003. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1743680/pdf/v012p00112.pdf>>. Acesso em: 01 Junho de 2014.

SOUZA, P. Patient safety. A necessidade de uma Estratégia Nacional. **Acta Med Portuguesa**, v. 19, p. 309-318, mai.2006. Disponível em: <<http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2006-19/4/309-318.pdf>>. Acesso em: 28 Maio 2013.

TEIXEIRA, I.N.D.O.; FELIX, J.V.C. Simulation as a teaching strategy in nursing education: literature review. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.15, n.39, p.1173-83, out./dez. 2011.

THOMAS, E.J.; SHERWOOD, G.D.; MULHOLLEM, J.L. et al. Working together in the neonatal intensive care unit: provider perspectives. **J Perinatol**, Disponível em: <<http://www.readcube.com/articles/10.1038/sj.jp.7211136>> Acesso em 03 Junho 2013

Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. Guia dos estudantes do curso de graduação em enfermagem / Universidade Federal de Santa Catarina; coordenadoras Sayonara de Fátima Faria Barbosa, Lucia Nazareth Amante, Astrid Eggert Boehs.-Florianópolis, 2008.

WATERKEMPER, Roberta. **Formação da atitude crítica e criativa do acadêmico de enfermagem na disciplina de fundamentos para o cuidado profissional**: um estudo de caso. 325 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

WIEGMANN, D.A.; ZHANG, H.; VON THADEN, T. et al. (University of Illinois at Urbana-Champaign). (2002). **A synthesis of safety culture and safety climate research**. Prepared for Federal Aviation Administration; Technical Report No.: ARL-02-3/FAA-02-2. Contract NO.: DTFA 01-G-015.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). **International Classification for Patient Safety (ICPS)**. 2011b. Disponível em:



<<http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/en/>>.  
Acesso em: 16 Maio 2013.

\_\_\_\_\_. **The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety v1.1.** Final Technical Report and Technical Annexes, 2009. Disponível em:  
<[http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps\\_full\\_report.pdf](http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf)>.  
Acesso em: 26 Maio 2013.

\_\_\_\_\_. **WHO patient safety campaigns.** 2011a. Disponível em:  
<<http://www.who.int/patientsafety/campaigns/en/>>. Acesso em: 16 Maio 2013.

\_\_\_\_\_. The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety v1.1. Final Technical Report and Technical Annexes, 2009. Disponível em :<<http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/en/>>  
> Acesso em: 16 setembro 2013.

WONG, Bm et al. Teaching quality improvement and patient safety to trainees: A systematic review. **Academic Medicine**, Toronto, v. 9, n. 85, p.1425-1439, 2010.

\_\_\_\_\_. **World Alliance for Patient Safety.** Geneva: WHO, 2005. p 1-33.

\_\_\_\_\_. **World alliance for patient safety. Summary of the evidence on patient safety: implications for research.** The Research Priority Setting Working Group of the World Alliance for Patient Safety. 2008. p.1-136

WOODS, D.M.; HOLL, J.L.; SHONKOFF, J.P. et al. Child-specific risk factors and patient safety. **J Patient Saf**, v. 1, p. 17–22, 2005.

YOSHIKAWA, Jamile Mika et al. Compreensão de alunos de cursos de graduação em enfermagem e medicina sobre segurança do paciente. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v. 1, n. 26, p.21-29, 2013.

ZAMBON, L.S. **Classificação Internacional para a Segurança do Paciente da OMS: Sistema de Resiliência.** MedicinaNet, 2010.

Disponível em:



<[http://www.medicina.net/conteudos/gerenciamento/3018/classificacao\\_internacional\\_para\\_a\\_seguranca\\_do\\_paciente\\_da\\_oms\\_%E2%80%93\\_sistema\\_de\\_resiliencia.htm](http://www.medicina.net/conteudos/gerenciamento/3018/classificacao_internacional_para_a_seguranca_do_paciente_da_oms_%E2%80%93_sistema_de_resiliencia.htm)>. Acesso em: 26 Maio 2013.

\_\_\_\_\_. **Riscos e eventos adversos:** uma realidade alarmante.

MedicinaNet.

Disponível em: <<http://www.medicinanet.com.br/ler.vxlpub?codconteudo=901&menu=gerenciamento>>. Atualizado em 04/03/2009. Acesso em: 02 de Junho de 2013.

## APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DOS DADOS

IDENTIFICAÇÃO											
Idade:          anos		Sexo				Home m		Mulher			
Já repetiu alguma fase?		Sim				Não		Se sim, qual/quais?:		Quantas fases já cursou:          fases	
Qual foi a última fase que cursou completamente:				3ª Fase		4ª Fase		5ª Fase		6ª Fase	
										7ª Fase	
Currículo do curso:		Currículo 1 (4 anos) 2004				Currículo 2 (5 anos) 2011					
Faz estágio extra curricular?		Sim				Não		Se sim, onde?:			
Possui outra profissão?				Sim				Não		Se sim, qual?:	
Já cursou outro curso de ensino superior?				Sim				Não		Se sim, qual ?:	
QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA: PERSPECTIVA DO GRADUANDO SOBRE AS ATIVIDADES PRÁTICAS NA ACADEMIA											
Unidade e hospital onde você fez/faz maior parte dos seus estágios: Por favor, preencha este instrumento baseando-se nas suas experiências vivenciadas na última fase que cursou completamente.											
Se desejar alterar qualquer resposta, você deve escrever do lado do quadro que quiser anular a palavra “NULO”.						Preenchimento Correto			Preenchimento Incorreto		
											

Por Favor, responda os itens seguintes relativos à sua experiência prática vivenciada na última fase que cursou completamente.

Selecione suas respostas usando a escala abaixo:

						Escala de Resposta					
						<div style="text-align: right;">Não se aplica</div> <div style="text-align: center;">Concordo totalmente</div> <div style="text-align: center;">Concordo Parcialmente</div> <div style="text-align: center;">Neutro</div> <div style="text-align: center;">Discordo parcialmente</div> <div style="text-align: center;">Discordo Totalmente</div>					
1	2	3	4	5	0						
Discordo totalmente	Discordo em parte	Neutro	Concordo em parte	Concordo totalmente	Não se aplica						
1 – Minhas sugestões são bem recebidas neste local de estágio/ aula.	1	2	3	4	5	0					
2 - Neste local de estágio/ aula, é difícil falar abertamente se eu percebo um problema com o cuidado ao paciente.	1	2	3	4	5	0					
3 - Neste local de estágio/ aula, as discordâncias são resolvidas de modo apropriado (de acordo com as prioridades do paciente).	1	2	3	4	5	0					
4 - Eu tenho o apoio que necessito de outros colegas para cuidar dos pacientes e esclarecer dúvidas e anseios.	1	2	3	4	5	0					
5 - É fácil para os alunos neste local de estágio/ aula fazerem perguntas quando existe algo que eles não entendem.	1	2	3	4	5	0					

6 – Os (as) s professores (as) deste local de estágio/ aula trabalham juntos (as) como uma equipe bem coordenada.	1	2	3	4	5	0
7 - Eu me sentiria seguro (a) se fosse tratado (a) neste local de estágio como paciente.	1	2	3	4	5	0
8 - Erros cometidos pelos alunos são tratados apropriadamente no local de estágio/ aula.	1	2	3	4	5	0
9 - Eu busco conhecer os meios adequados para encaminhar as questões relacionadas à segurança do paciente nesta área.	1	2	3	4	5	0
10 - Eu recebo retorno apropriado, por parte dos professores, sobre meu desempenho.	1	2	3	4	5	0
11 - Neste local de estágio/ aula é difícil discutir sobre erros.	1	2	3	4	5	0
12 - Sou encorajado (a) por meus colegas e professores (as) a informar qualquer preocupação que eu posso ter quanto à segurança do paciente.	1	2	3	4	5	0
13 - A cultura de segurança do paciente neste local de estágio/aula torna fácil aprender com os erros dos outros. (ex. são identificados, refletidos e discutidos os erros)	1	2	3	4	5	0
14 - Minhas sugestões sobre segurança seriam postas em ação se eu as expressasse aos professores (as) da fase.	1	2	3	4	5	0
15 - Eu gosto das atividades que desenvolvo neste local de estágio/ aula.	1	2	3	4	5	0
16 - Estudar aqui é como fazer parte de uma grande família.	1	2	3	4	5	0
17 - Este é um bom lugar para desenvolver meu conhecimento.	1	2	3	4	5	0
18 - Eu me orgulho de estudar/ estagiari neste local.	1	2	3	4	5	0
19 - A moral neste local de estágio/ aula é alto.	1	2	3	4	5	0
20 - Quando minha carga de atividades é excessiva, meu desempenho é prejudicado.	1	2	3	4	5	0
21 - Eu sou menos eficiente no estágio/aula quando estou cansado.	1	2	3	4	5	0
22 - Eu tenho maior probabilidade de cometer erros em situações tensas ou hostis.	1	2	3	4	5	0
23 - O cansaço prejudica meu desempenho durante situações tensas (ex. provas, apresentação de trabalhos, discussões em grupo, prestação de cuidados diretos ao paciente)	1	2	3	4	5	0
24 – Os(as) professores(as) da disciplina apoiam meus esforços diários	1	2	3	4	5	0
25 – Os (as) professores (as) da disciplina não comprometem a segurança do paciente	1	2	3	4	5	0
26 – Os (as) professores (as) da disciplina estão fazendo um bom trabalho	1	2	3	4	5	0
27 - Alunos problemáticos do grupo são tratados de maneira construtiva pelos (as) professores (as) da disciplina.	1	2	3	4	5	0
28 - Recebo informações adequadas e oportunas dos (as) professores (as) da disciplina sobre eventos que podem afetar minhas atividades (ex. cancelamento das atividades, alterações do cronograma, etc.)	1	2	3	4	5	0
29 - Neste local de estágio/ aula, o número de alunos é adequado para lidar com o as dinâmicas e atividades de estágio/ aula.	1	2	3	4	5	0
30 – Recebo o treinamento adequado antes de realizar as atividades de prática no campo de estágio.	1	2	3	4	5	0
31 - Toda informação necessária para realização das atividades práticas com segurança, são disponibilizadas pelos (as) professores(as)?	1	2	3	4	5	0
32 – Eu como aluno/estagiário sou adequadamente supervisionado.	1	2	3	4	5	0
33 - Eu vivencio boa colaboração com os (as) enfermeiros (as) neste local de estágio/ aula.	1	2	3	4	5	0
34 - Eu vivencio boa colaboração com a equipe de médicos (as) neste	1	2	3	4	5	0

local de estágio/ aula.						
35 - Eu vivencio boa colaboração com os (as) farmacêuticos (as) neste local de estágio/ aula.	1	2	3	4	5	0
36 - Falhas que levam a atrasos no desenvolvimento do estágio/ aula são comuns. (ex. atrasos, restrições por parte da equipe e/ou dos professores)	1	2	3	4	5	0

### QUESTIONÁRIO ABERTO

1. O que você considera ações de segurança para com o paciente?

---

2. Como você coloca em prática as ações de segurança do paciente no seu dia a dia, no laboratório, nos locais de estágio curricular e/ ou extracurricular?

---

3. O que faz você refletir sobre a segurança do paciente no cotidiano de suas vivências?

---

4. Eu gostaria de receber treinamentos /orientações adicionais em:

☐ Como praticar técnicas eficazes e seguras para melhorar a assistência ao paciente.

☐ Como rever uma situação para identificar por que e como um erro ocorreu.

☐ Como revelar um erro a um paciente.

☐ Como melhorar os meus registros para destacar as questões de segurança do paciente.

☐ Como prevenir erros de medicação.

☐ Como apoiar outras pessoas que se envolveram em um erro.

☐ Como incorporar o uso de listas de verificação (Check List) para melhorar o atendimento ao paciente.

☐ Como lidar com um erro no qual estou envolvido.

☐ Como avaliar um paciente com risco de eventos adversos.

☐ Outro.  
Qual? \_\_\_\_\_

**OBRIGADA POR RESPONDER ESTE INSTRUMENTO, SEU TEMPO E SUA PARTICIPAÇÃO SÃO MUITO IMPORTANTES.**



## **APÊNDICE B – INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DO QUESTIONÁRIO /ADAPTAÇÃO DE LINGUAGEM**

### **PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**




#### **Adaptação de Linguagem**

##### **Orientação ao participante:**

A aplicação de um instrumento de coleta de dados é de extrema importância para o sucesso de sua aplicação com os sujeitos de pesquisa e para a riqueza e clareza das informações que serão coletadas.

Por se tratar de um questionário, no qual o pesquisador não auxiliará no momento de preenchimento do mesmo, as perguntas devem estar claras e apresentarem o menor número de chances de duplas interpretações ou interpretações errôneas.

É um momento de reavaliação e melhoria do instrumento. Para tal, de antemão agradeço a sua disponibilidade e disposição em auxiliar nesta fase de elaboração e lapidação de meu estudo. Será de grande valia todas as avaliações e sugestões.

<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;">    </div> <p style="text-align: center;"> <b>UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA</b>  <b>CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE</b>  <b>PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM</b>  <b>CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM</b>  <b>ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA E CUIDADO EM SAÚDE E ENFERMAGEM</b>  <b>Mestranda: PATRÍCIA ILHA</b> </p>	
<p style="text-align: center;"><b>Pesquisa intitulada: A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE: visão dos acadêmicos de enfermagem</b></p>	
<p><b>Etapa 1: Identificação</b></p>	
<p><b>1. Possui alguma questão de difícil interpretação ou de dupla interpretação?</b></p>	
<p><b>2. Qual? Por quê?</b></p>	
<p><b>3. Alguma sugestão para melhoria da questão?</b></p>	

<b>Etapa 2: Avaliação quantitativa - Aplicação do QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA: PERSPECTIVA DO GRADUANDO SOBRE AS ATIVIDADES PRÁTICAS NA ACADEMIA</b>
<b>1. Possui alguma questão de difícil interpretação ou de dupla interpretação?</b>
<b>2. Qual? Por quê?</b>
<b>3. Alguma sugestão para melhoria da questão?</b>
<b>Etapa 3: Avaliação qualitativa – QUESTIONÁRIO ABERTO</b>
<b>1. Possui alguma questão de difícil interpretação ou de dupla interpretação?</b>
<b>2. Qual? Por quê?</b>
<b>3. Alguma sugestão para melhoria da questão?</b>
<b>Etapa 4: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE</b>
<b>1. Possui alguma informação de difícil interpretação ou de dupla interpretação?</b>
<b>2. Qual trecho? Por quê?</b>
<b>3. Alguma sugestão para melhoria?</b>
<b>OBRIGADA POR RESPONDER ESTE INSTRUMENTO, SEU TEMPO E SUA PARTICIPAÇÃO SÃO MUITO IMPORTANTES.</b>



## **APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO / TCLE**

### **UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM MESTRADO EM ENFERMAGEM**

#### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado a participar como voluntário da pesquisa intitulada: **“A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE: ótica dos acadêmicos de enfermagem”**, que tem como objetivos: Identificar as dimensões da cultura de segurança do paciente sob a ótica dos alunos de graduação em enfermagem a partir de seu contato com a prática e levantar os pontos frágeis e as potencialidades no desenvolvimento da formação da cultura de segurança do paciente na visão dos alunos de graduação em enfermagem a partir de seu contato com a prática.

Se aceitar participar da pesquisa, o questionário poderá ser respondido em sala de aula, durante o período letivo, no horário que a professora responsável pela aula disponibilizou. Ou ainda, se preferir, pode ser combinado um horário para entrega do formulário preenchido. Caso você não tenha participado da aula nesse dia, também terá a oportunidade de respondê-lo no horário que julgar melhor e fazer a devolução na data acordada com a pesquisadora.

O estudo é caracterizado como uma pesquisa de abordagem quantitativa e qualitativa, na qual a coleta de dados será através da aplicação de um questionário que avalia a cultura de segurança do paciente.

O instrumento de coleta de dados foi desenvolvido através de um questionário elaborado, originalmente, para profissionais, o *"Safety Attitudes Questionnaire – Short Form 2006"*, sendo realizadas adaptações no intuito de deixá-lo aplicável a acadêmicos. Essa adaptação surgiu através de estudos e da aplicação em caráter experimental em dois acadêmicos que não farão parte da pesquisa. Após a aplicação, os colaboradores fizeram a avaliação e sugestão de melhorias, para que se chegasse na presente forma a ser respondida. Como esse instrumento foi elaborado de forma original para essa pesquisa, ele nunca foi aplicado anteriormente.

Este questionário explicita as atitudes do aluno através de seis dimensões: Clima das atividades em grupo; Clima de segurança; Satisfação no curso; Percepção do estresse; Percepções da docência; e Condições do local de estágio/atividade prática.

A pesquisa será realizada com os acadêmicos do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina que estão cursando entre a terceira e oitava fase.

Os resultados serão utilizados em publicações científicas e seus dados serão mantidos em anonimato. Para que haja essa garantia, dar-se-á a coleta dos dados do seguinte modo: a pesquisadora Mda. Patrícia Ilha, sob a supervisão da orientadora Prof<sup>a</sup> Enf<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Vera Radünz, irá apresentar o instrumento de coleta de dados, explicando rapidamente seu preenchimento e disponibilizando o material necessário para tal. Após preencher o questionário e esse termo de consentimento, você deverá colocá-los em envelopes distintos, que lhes foram disponibilizados, e, em seguida, depositará cada envelope em diferentes urnas, devidamente identificadas (urna de termos e urna de questionários). As urnas só serão abertas após o encerramento de todos os processos de coleta de dados. Sua identidade e suas respostas serão totalmente sigilosas.

Busca-se, com esse estudo, trazer inovações na formação para com o cuidado do paciente no que diz respeito à sua segurança, de forma a contribuir para com os profissionais e alunos da área da saúde sobre a importância da abordagem na formação dos acadêmicos voltada à segurança do paciente e as implicações na qualidade do serviço prestado posteriormente como profissionais.

Além disso, irá contribuir para a comunidade científica no incentivo à pesquisa e ao estudo desse assunto, enriquecendo, de uma forma geral, as melhorias tanto em nível de formulação, sistematização e aplicabilidade como em nível de desenvolvimento e melhoria dos sistemas de saúde.

Os principais riscos de sua participação nesta pesquisa são: possíveis recordações que arremetam a sentimentos desagradáveis ou que causem algum constrangimento quanto à reflexão de algum ato que tenha cometido ou até mesmo presenciado, levando a algum tipo de sofrimento psíquico. Lembrando que você terá a liberdade de esclarecer dúvidas acerca da pesquisa e outros assuntos relacionados e também, caso se sinta lesado de alguma forma, poder-se-á conversar e resolver possíveis aflições e anseios. Caso decida desistir de sua participação, independente do motivo, em qualquer momento, isso não lhe causará prejuízo algum e também não acarretará em prejuízos para a pesquisa. Para fazer isso, basta entrar em contato por telefone ou e-mail com a

pesquisadora. Tais informações estão no rodapé da página – pode-se, inclusive, realizar a ligação a cobrar, caso necessite.

Este documento é apenas um dos pontos éticos que estão sendo cumpridos, de forma que a pesquisa segue todos os preceitos éticos dispostos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, além de o projeto ter sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, vinculado à Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina.

Após ser esclarecido sobre as informações acima, no caso de aceitar fazer parte da pesquisa, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra ficará sob responsabilidade do pesquisador responsável e será armazenada por um período de cinco anos após a pesquisa.

### **CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO**

Eu, \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar desta pesquisa como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Florianópolis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura do participante:

\_\_\_\_\_

Assinatura da pesquisadora: \_\_\_\_\_



Obrigado por responder este instrumento. seu tempo e sua participação são muito importantes.

[illegible]



## ANEXO B- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Acadêmicos de enfermagem e a cultura de segurança do paciente

**Pesquisador:** Vera Radózn

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 24625513.9.0000.0121

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Santa Catarina

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 526.148

**Data da Relatoria:** 10/02/2014

#### Apresentação do Projeto:

É um projeto de mestrado da enfermagem da área de concentração Filosofia e Cuidado em Saúde na Enfermagem. Pesquisadora Patrícia Ilha. O estudo busca identificar as dimensões da cultura de segurança do paciente a partir do contato dos alunos com a prática.

#### Objetivo da Pesquisa:

Identificar as dimensões da cultura de segurança do paciente sob a ótica dos alunos de graduação em enfermagem a partir de seu contato com a prática. Objetivos específicos: levantar os pontos frágeis e as potencialidades no desenvolvimento da formação da cultura de segurança do paciente na visão dos alunos de graduação em enfermagem.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa aponta para o risco do aluno se sentir sensibilizado com a pesquisa. Existe igualmente o risco de o (a) aluno (a) se sentir constrangido a responder pelo fato do convite ser feito na própria sala de aula.

**Endereço:** Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima

**Bairro:** Trindade

**CEP:** 88.040-900

**UF:** SC

**Município:** FLORIANÓPOLIS

**Telefone:** (48)3721-9206

**Fax:** (48)3721-9696

**E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br

Continuação do Parecer: 525.148

**Benefícios:** trazer inovações na formação para com o cuidado do paciente no que diz respeito a sua segurança, de forma a contribuir para com os profissionais e alunos da área da saúde sobre os a importância da abordagem na formação dos acadêmicos voltada a segurança do paciente e as implicações na qualidade do serviço prestado posteriormente como profissionais.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa será realizada com 189 alunos de graduação em enfermagem na UFSC e que se encontram matriculados nas disciplinas centrais de 3ª (terceira) a 6ª (oitava fase) de ambos os currículos em vigência. A opção por estas fases se deve ao fato da presença de atividades de estágio supervisionado. Para este estudo foi desenvolvido um questionário adaptado de um instrumento já existente, o *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ), um questionário que avalia as atitudes do cuidador relevantes para a segurança do paciente.

O SAQ é um instrumento psicométrico, que foi desenvolvido e validado por Bryan Sexton, Eric Thomas e Robert Helmreich, do Centro de Excelência em Pesquisa e Prática em Segurança do Paciente (Center of Health Care and Safety e Memorial Hermann Hospital), da Universidade do Texas. Tem como objetivo avaliar a cultura de segurança dos profissionais por meio de suas atitudes. (SEXTON et al., 2006) Este instrumento já foi adaptado para a utilização em diferentes unidades de cuidado, como unidades de terapia intensiva, centros cirúrgicos e unidades de internação cirúrgica. Nele, é explicitada a atitude dos profissionais através de 6 dimensões: percepções de gestão, clima trabalho em equipe, reconhecimento de estresse, clima de segurança, satisfação no trabalho e condições de trabalho.

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima  
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-900  
 UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS  
 Telefone: (48)3721-9205 Fax: (48)3721-9696 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 526.148

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Termos adequados.

**Recomendações:**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Nenhuma pendência

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

FLORIANOPOLIS, 10 de Fevereiro de 2014

---

Assinador por:  
Washington Portela de Souza  
(Coordenador)

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima  
Bairro: Trindade CEP: 88.040-900  
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS  
Telefone: (48)3721-9206 Fax: (48)3721-9696 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br



**ANEXO C- INSTRUÇÃO NORMATIVA 10/PEN/2011 – ALTERA  
OS CRITÉRIOS PARA ELABORAÇÃO E O FORMATO DE  
APRESENTAÇÃO DOS TRABALHOS DE CONCLUSÃO DOS  
CURSOS DE MESTRADO E DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**Instrução Normativa 10/PEN/2011 Florianópolis, 15 de junho de 2011.**

Altera os critérios para elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão dos Cursos de Mestrado e de Doutorado em Enfermagem

A Coordenadora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, no uso de suas atribuições, e tendo em vista o que deliberou o Colegiado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, em reunião realizada no dia 15/06/2011 e considerando o que estabelece o Regimento do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSC,

**RESOLVE:**

**Art. 1.** Alterar o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão dos Cursos de Mestrado e Doutorado em Enfermagem.

**Art. 2.** As teses e dissertações deverão conter artigos/manuscritos de autoria do discente, em co-autoria com o orientador e co-orientador.

**Art. 3.** A inclusão destes artigos deverá ser feita de modo a fornecer uma visão do conjunto do trabalho da tese ou da dissertação. O formato incluirá:

a) Em dissertações de Mestrado:

- Elementos pré-textuais

- Introdução

- Objetivos

- Referencial teórico e metodológico (em 1 ou 2 capítulos)

- Resultados apresentados na forma de no mínimo 2 *manuscritos/artigos*, sendo que um destes artigos poderá apresentar resultados de pesquisa bibliográfica. Este manuscrito/artigo poderá ser inserido como capítulo específico, logo após a introdução (Revisão de

literatura sobre o assunto da pesquisa) ou então no capítulo de Resultados e Discussão, juntamente com o(s) artigo(s) que contemplará(ão) os resultados da pesquisa principal desenvolvida na dissertação.

- Considerações Finais/Conclusões

- Elementos pós-textuais

b) Em teses de Doutorado:

- Elementos pré-textuais

- Introdução

- Objetivos

- Referencial teórico e metodológico (em 1 ou 2 capítulos)

- Resultados apresentados na forma de no mínimo 3 *manuscritos/artigos*, sendo que um destes artigos poderá apresentar resultados de pesquisa bibliográfica. Este manuscrito/artigo poderá ser inserido como capítulo específico, logo após a introdução (Revisão de literatura sobre o assunto da pesquisa) ou então no capítulo de Resultados e Discussão, juntamente com os demais artigos que contemplarão os resultados da pesquisa principal desenvolvida na tese.

- Considerações Finais/Conclusões

- Elementos pós-textuais

#### **Art. 4. Orientações gerais:**

§ 1.º Todos os artigos, assim como os demais capítulos deverão ser apresentados de acordo com a ABNT;

§ 2.º A impressão final deverá seguir as normas de formatação da UFSC. Também a versão para avaliação da Banca Examinadora poderá estar formatada neste padrão;

§ 3.º Após a defesa pública, revisão final do trabalho de conclusão e sua entrega ao Programa e Biblioteca Universitária, os artigos deverão ser convertidos às normas dos periódicos selecionados e submetidos aos mesmos;

§ 4.º Os periódicos técnico-científicos selecionados para submissão deverão estar classificados pelo QUALIS/CAPES (área Enfermagem) como B1 ou superior para Doutorado e B2 ou superior para Mestrado. No caso de periódicos não classificados pelo QUALIS/CAPES (área Enfermagem), deverá ser considerado o índice de impacto JCR ou avaliação QUALIS/CAPES de outras áreas;

**Art. 5.** Esta Instrução Normativa altera a Instrução Normativa 06/PEN/2009, entra em vigor nesta data e passa a ter plenos efeitos para todos os alunos admitidos no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina a partir do ano de 2009. Os alunos admitidos em anos anteriores poderão optar entre

esta nova modalidade ou pelo formato anterior de apresentação dos trabalhos terminais.

Original firmado na Secretaria PEN

Aprovado pelo Colegiado PEN em 15/06/2011



## ANEXO D- INSTRUÇÕES PARA AUTORES / REVISTA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP

### REVISTA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP

Os artigos podem ser redigidos em português, inglês e espanhol e devem ser inéditos e destinar-se exclusivamente à Revista da Escola de Enfermagem da USP, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico, na íntegra ou parcialmente, tanto no que se refere ao texto, como às figuras ou tabelas. Artigos que apresentem semelhanças com outros já publicados serão excluídos do processo de avaliação em qualquer fase.

Por ocasião do aceite do artigo para a publicação, quando redigidos em inglês ou espanhol por autores procedentes de países (ou radicados em) de língua portuguesa, será solicitada uma cópia em português da versão final.

Nas pesquisas envolvendo seres humanos, os autores deverão enviar uma cópia da aprovação emitida por um Comitê de Ética reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), segundo as normas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde - CNS ou órgão equivalente no país de origem da pesquisa.

A **REEUSP** apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e a divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação os artigos derivados de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e pelo ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no *site* do **ICMJE** ([www.icmje.org](http://www.icmje.org)). O número de identificação deve ser registrado no final do resumo.

Os autores dos textos são por eles inteiramente responsáveis, devendo assinar e encaminhar a Declaração de Responsabilidade e de Cessão de Direitos Autorais, conforme **modelo anexo**. A Revista condena vigorosamente o plágio e o autoplágio. Os autores devem se certificar de que o conteúdo é inédito e original. Ideias já publicadas devem ser citadas corretamente, em conformidade com as normas.

A REEUSP possui uma edição *on line* no idioma inglês. Quando o trabalho for aprovado para publicação, a tradução deverá ser providenciada de acordo com as orientações da **Revista**, sendo o custo

financeiro de responsabilidade dos autores.

### **Categorias de artigos aceitos pela Revista**

**Artigo original:** trabalho de pesquisa com resultados inéditos, com metodologia rigorosa, resultados claramente expostos, discussão adensada e que agregue valor à ciência de Enfermagem. Limitado a 15 páginas.

**Estudo teórico:** análise de construtos teóricos da ciência de enfermagem ou áreas correlatas, levando ao questionamento de modelos existentes e à elaboração de hipóteses para futuras pesquisas. Limitado a 15 páginas.

### **Artigo de revisão**

**Revisão integrativa:** método de pesquisa que apresenta a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma área ou tema específicos, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento. São necessários padrões elevados de rigor metodológico e clareza na apresentação dos resultados, de forma que o leitor consiga identificar as características dos estudos incluídos na revisão. Etapas da revisão integrativa: elaboração da pergunta norteadora, busca na literatura, coleta de dados, análise crítica dos estudos incluídos, discussão dos resultados e apresentação da revisão integrativa. Limitada a 20 páginas.

**Revisão sistemática:** método de pesquisa amplo, conduzido por meio da síntese rigorosa de resultados de estudos originais, quantitativos ou qualitativos, com o objetivo de responder claramente a uma questão específica e de relevância para a enfermagem ou para a saúde. Descreve com pormenores o processo de busca dos estudos originais, os critérios utilizados para seleção daqueles que foram incluídos na revisão e os procedimentos empregados na síntese dos resultados obtidos pelos estudos revisados, que poderão ou não incluir metanálise ou metassíntese. Limitada a 20 páginas.

**Relato de experiência profissional:** estudo de caso contendo análise de implicações conceituais, descrição de procedimentos com estratégias de intervenção ou evidência metodológica apropriada de avaliação de eficácia, de interesse para a atuação de enfermeiros em diferentes áreas. Limitado a 10 páginas.



**Carta ao editor:** destinada a comentários de leitores sobre os trabalhos publicados na Revista, expressando ou não concordância sobre o assunto abordado. Limitada a meia página.

### **Descrição dos procedimentos**

Cada artigo submetido à Revista é inicialmente analisado pela Secretaria quanto ao cumprimento das normas estabelecidas nas **Instruções aos Autores**, sendo devolvido para adequação, em caso de não atendimento às normas. Se aprovado nessa fase, o artigo é encaminhado para a Editora Científica que, com a colaboração das Editoras Associadas, dará início à avaliação do conteúdo do ponto de vista científico e da contribuição ao desenvolvimento da ciência de Enfermagem. O artigo é então encaminhado para dois relatores, que o analisam com base no Instrumento de Análise e Parecer elaborado especificamente para tal finalidade e opinam sobre o rigor metodológico da abordagem utilizada. Havendo discordância nos pareceres, o artigo é encaminhado a um terceiro relator. O anonimato é garantido durante todo o processo de julgamento. Os pareceres dos relatores são analisados pelo Conselho Editorial que, se necessário, indica as alterações a serem efetuadas. Os trabalhos seguem para publicação somente após a aprovação final dos pareceristas e do Conselho Editorial.

Eventuais **conflitos de interesse** devem ser esclarecidos.

### **Forma e preparação dos artigos**

O texto deve ser digitado na ortografia oficial em folhas de papel tamanho A4, com espaço entrelinhas de 1,5, fonte *Times New Roman*, tamanho 12, e margens superior, inferior e laterais de 2,5 cm.

A **Página de título** deve conter:

título do artigo (máximo de 16 palavras) em português, inglês e espanhol, sem abreviaturas e siglas;

nomes completos e sem abreviações dos autores, numerados em algarismos arábicos, com a **titulação universitária máxima** de cada autor e as Instituições às quais pertencem;

indicação do nome do autor responsável, seu endereço para correspondência, telefone para contato e e-mail. O uso de endereço residencial deve ser evitado, pois ficará disponível na *Internet*;

quando o artigo for extraído de tese ou dissertação, indicar por asterisco, em nota de rodapé o título, o ano e a instituição onde foi apresentada;

- **Resumo:** deve ser apresentado em português (resumo), inglês (*abstract*) e espanhol (*resumen*), com até 150 palavras (máximo de 900 caracteres), explicitando o objetivo da pesquisa, o método, os resultados e a conclusão.
- **Descritores:** devem ser indicados de três a seis descritores que permitam identificar o assunto do trabalho, acompanhando o idioma dos resumos: português (descritores), inglês (descriptors) e espanhol (descriptores), extraídos do vocabulário DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), elaborado pela BIREME, ou MeSH (Medical Subject Headings), elaborado pela NLM (*National Library of Medicine*).

### **Texto**

O corpo do texto do artigo deverá conter parágrafos distintos com: **Introdução, Método, Resultados, Discussão, Conclusão e Referências.**

**Introdução:** deve ser breve, definir o problema estudado, destacando a sua importância, e as lacunas do conhecimento.

**Método:** os métodos empregados, a população estudada, a fonte de dados e os critérios de seleção devem ser descritos de forma objetiva e completa. É necessário inserir o número do protocolo de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e informar que a pesquisa foi conduzida de acordo com os padrões éticos exigidos.

**Resultados:** devem ser apresentados de forma clara e objetiva, descrevendo somente os dados encontrados, sem interpretações ou comentários. Podem ser acompanhados por tabelas, quadros e figuras, para facilitar a compreensão. O texto deve complementar e não repetir o que está descrito nas ilustrações.

**Discussão:** deve restringir-se aos dados obtidos e aos resultados alcançados, enfatizando aspectos novos e relevantes observados no estudo e discutindo as concordâncias e as divergências com outras pesquisas já publicadas.

**Conclusão:** deve corresponder aos objetivos ou às hipóteses do estudo, fundamentada nos resultados e na discussão, coerente com o título, a proposição e o método adotados. As limitações do estudo também devem ser destacadas.

### **Referências:**

No texto, as citações devem ser numeradas consecutivamente, em algarismos arábicos, sobrescritos e entre parênteses, sem menção do nome dos autores. Se forem sequenciais, deverão ser indicados o primeiro e o último número, separados por hífen, ex.: <sup>(1-4)</sup>; quando intercalados, deverão ser separados por vírgula, ex.: <sup>(1-2,4)</sup>.

As referências dos documentos impressos e eletrônicos devem ser apresentadas de acordo com o Estilo “Vancouver”, elaborado pelo ICMJE, disponível no endereço eletrônico (<http://www.icmje.org>) e os títulos dos periódicos abreviados de acordo com a *List of Journals Indexed for MEDLINE* (<http://www.nlm.gov/tsd/serials/lji.html>). Incluir as referências estritamente pertinentes ao assunto abordado, atualizadas (5 anos), de abrangência nacional e internacional. Evitar a inclusão de número excessivo de referências na mesma citação. A lista apresentada no final do artigo deve ser numerada de acordo com a sequência em que os autores foram citados no texto. O número de referências não deve ultrapassar a **30. A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores.**

Os artigos publicados na Revista da Escola de Enfermagem da USP devem ser citados preferencialmente no idioma inglês, na versão *on line*, a partir de 2009.

**Depoimentos:** frases ou parágrafos ditos pelos sujeitos da pesquisa devem ser citados entre aspas, em itálico, com sua identificação codificada a critério do autor e entre parênteses.

**Ilustrações:** tabelas, quadros e figuras, no máximo de cinco, obrigatoriamente, devem estar inseridas no corpo do texto do artigo.

**Fotos e Imagens** – serão publicadas exclusivamente em P&B, com resolução final de 300 dpi.

**Agradecimentos:** a pessoas que prestaram colaboração intelectual ao trabalho, desde que haja permissão expressa dos nomeados; fontes de financiamento de instituições públicas ou privadas que deram apoio, assistência técnica e outros auxílios.

**Errata:** após a publicação do artigo, se os autores identificarem a

necessidade de uma errata deverão enviá-la à Secretaria da Revista por *e-mail*.

**Observação:** Devem ser evitadas citações de documentos não indexados na literatura científica mundial e de difícil acesso, em geral de divulgação circunscrita a uma instituição ou a um evento. Da mesma forma, informações citadas no texto, extraídas de documentos eletrônicos que não sejam mantidos permanentemente em *sites*, não devem fazer parte da lista de referências.

A partir de 1º de outubro de 2012, a REEUSP instituiu taxa de submissão e de publicação ([http://www.ee.usp.br/reeusp/index.php?p=area&are\\_id=56](http://www.ee.usp.br/reeusp/index.php?p=area&are_id=56)).

O artigo deve ser encaminhado *on line* (<http://mc04.manuscriptcentral.com/reeusp-scielo>), acompanhado de carta ao Editor informando os motivos pelos quais a REEUSP foi selecionada para submissão. Adicionalmente, devem ser destacados os avanços e as contribuições do texto frente as publicações recentes já veiculadas sobre a temática.

## **REVISTA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP**

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419  
CEP 05403-000 – São Paulo - SP – BRASIL  
E-mail: [nursingscholar@usp.br](mailto:nursingscholar@usp.br)

## **ANEXO E – INSTRUÇÕES PARA OS AUTORES / REVISTA TEXTO&CONTEXTO**

### **REVISTA TEXTO&CONTEXTO ENFERMAGEM – UFSC**

Os manuscritos devem ser preparados de acordo com as normas editoriais da Revista, redigidos na ortografia oficial e digitados com espaço de 1,5cm, configurados em papel A4 e com numeração nas páginas. A margem esquerda e superior será de 3cm e a margem direita e inferior de 2cm. Letra Times New Roman 12, utilizando Editor Word for Windows 98 ou Editores que sejam compatíveis. Página de identificação: a) título do manuscrito (conciso, mas informativo) em português, inglês e espanhol; b) nome completo de cada autor, com seu(s) título(s) acadêmico(s) mais elevado(s) e afiliação institucional; c) o(s) nome(s) do(s) departamento(s) e da instituição(ões) a(os) qual(is) o trabalho deve ser atribuído; d) nome, endereço completo, telefone/fax e endereço eletrônico do autor responsável pela correspondência relacionada ao manuscrito.

**Resumo e Descritores:** o resumo deve ser apresentado na primeira página, em português, inglês (*abstract*) e espanhol (*resumen*), com limite de 150 palavras, em espaço simples. Deve indicar o(s) objetivo(s) do estudo, o método, principais resultados e conclusões. Abaixo do resumo, incluir 3 a 5 descritores nos três idiomas. Para determiná-las consultar a lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) elaborada pela BIREME e disponível na internet no site: <http://decs.bvs.br> ou o *Medical Subject Headings* (MeSH) do *Index Medicus*. Quando o artigo tiver enfoque interdisciplinar, usar descritores, universalmente, aceitos nas diferentes áreas ou disciplinas envolvidas.

Apresentação das seções: o texto deve estar organizado sem numeração progressiva para título e subtítulo, devendo ser diferenciado através de tamanho da fonte utilizada. Exemplos:

Título = **OS CAMINHOS QUE LEVAM À CURA**

Primeiro subtítulo = **Caminhos percorridos**

Segundo subtítulo = *A cura pela prece*

**Ilustrações:** as tabelas, quadros e figuras devem conter um título breve e serem numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que forem citadas no texto, sendo limitadas a 5 no conjunto. Exceto tabelas e quadros, todas as ilustrações devem ser designadas como figuras. As tabelas devem apresentar dado numérico como

informação central, não utilizar traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé da tabela, utilizando os símbolos na sequência \*, †, ‡, §, ||, ¶, \*\*, ††, ‡‡. Os quadros devem apresentar as informações na forma discursiva. Se houver ilustrações extraídas de outra fonte, publicada ou não publicada, os autores devem encaminhar permissão, por escrito, para utilização das mesmas. As figuras devem conter legenda, quando necessário, e fonte sempre que for extraída de obra publicada (as fontes têm que estar na referência). Além das ilustrações estarem inseridas no texto, deverão ser encaminhadas em separado e em qualidade necessária a uma publicação. As fotos coloridas serão publicadas a critério do Conselho Diretor. Se forem utilizadas fotos, as pessoas não poderão ser identificadas, ou então, deverão vir acompanhadas de permissão, por escrito, das pessoas fotografadas. Todas as figuras e/ou fotos, além de estarem devidamente inseridas na sequência do texto, deverão ser encaminhadas em separado com a qualidade necessária à publicação. As imagens deverão ser enviadas no formato jpeg ou tiff, resolução de 300 dpi, tamanho 23×16 cm e em grayscale. Imagens fora dessas especificações não poderão ser utilizadas.

**Citações no texto:** as citações indiretas deverão conter o número da referência da qual foram subtraídas, suprimindo o nome do autor, devendo ainda ter a pontuação (ponto, vírgula ou ponto e vírgula) apresentada antes da numeração em sobrescrito. Exemplo: as trabalhadoras também se utilizam da linguagem não verbal.<sup>7</sup>

Quando as citações oriundas de 2 ou mais autores estiverem apresentadas de forma sequencial na referência (1, 2, 3, 4, 5), deverão estar em sobrescrito separados por um hífen. Exemplo: estabeleceu os princípios da boa administração, sendo dele a clássica visão das funções do administrador.<sup>1-5</sup>

As citações diretas (transcrição textual) devem ser apresentadas no corpo do texto entre aspas, indicando o número da referência e a página da citação, independente do número de linhas. Exemplo: “[...] o ocidente surgiu diante de nós como essa máquina infernal que esmaga os homens e as culturas, para fins insensatos”.<sup>1:30-31</sup>

As citações de pesquisa qualitativa (verbatim) serão colocadas em itálico, no corpo do texto, identificando entre parênteses a autoria e respeitando o anonimato. Exemplo: [...] *envolvendo mais os acadêmicos e profissionais em projetos sociais, conhecendo mais os problemas da comunidade [...]* (e7);

Citações no texto para artigos na categoria Revisão da Literatura. O número da citação pode ser acompanhado ou não do(s) nome(s) do(s) autor(es) e ano de publicação. Se forem citados dois autores, ambos são ligados pela conjunção “e”; se forem mais de dois, cita-se o primeiro autor seguido da expressão “et al”.

**Exemplos:**

Segundo Oliveira et al<sup>9</sup> ou Segundo Oliveira et al<sup>9</sup> (2004), entende-se a rede como a transgressão de fronteiras, a abertura de conexões, a multiplicidade, a flexibilidade, a transparência, a interdependência e o acesso de todos a informação.

Entende-se a rede como a transgressão de fronteiras, a abertura de conexões, a multiplicidade, a flexibilidade, a transparência, a interdependência e o acesso de todos a informação.<sup>9</sup>

**Notas de rodapé:** o texto deverá conter no máximo três notas de rodapé, que serão indicadas por: \* primeira nota, \*\* segunda nota, \*\*\* terceira nota.

**Referências:** as referências devem estar numeradas consecutivamente na ordem que aparecem no texto pela primeira vez e estar de acordo com os Requisitos Uniformes do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (*International Committee of Medical Journal Editors – ICMJE*). Exemplos:

Observação: trabalhos não publicados não deverão ser incluídos nas referências, mas inseridos em nota de rodapé. Para outros exemplos de referências, consultar o site: [http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html). Para as abreviaturas de títulos de periódicos em português consultar o site: <http://www.ibict.br> e em outras línguas, se necessário, consultar o International Nursing Index, Index Medicus ou o site <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=journals>